

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 1



MCS | Classicare (HMO)

2024

www.mcsclassicare.com

MCS Classicare

Formulario 2024

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 24445, número de versión 12

Este formulario se actualizó el 04/18/2024. 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 suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa el nivel de costo compartido.

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

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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 1 de mayo del 2024. Para obtener un formulario actualizado, 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 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 2024 y periódicamente durante el año.

H5577_2270723_C

¿Qué es el Formulario de MCS Classicare?

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 (lista de medicamentos)?

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.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos:** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos este cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos 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 MCS Classicare Grupos MCS Classicare MA-PD Group (HMO-POS) y MCS Classicare y Metro (HMO)?**"

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:** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O podemos hacer cambios basados en las nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o añadimos autorización previa, restricciones de límites de cantidad y/o de terapia escalonada en un medicamento o si cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más

alto, debemos notificar a los afiliados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio sea vigente, o cuando el afiliado solicite una repetición del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

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

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento: En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta de 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, estos medicamentos continuaran 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 vigente a partir 1 de mayo del 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 119. 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.

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

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

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

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

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

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

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que le proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que 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
- Puede solicitarnos que no apliquemos restricciones o límites de cubierta 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.

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.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cubierta inicial para una excepción al formulario, al nivel o una restricción de utilización. **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 debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

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

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por MCS Classicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista consulte el Índice que comienza en la página 119.

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

GC - Cubierta de brecha. Brindamos cubierta adicional de este medicamento recetado en la brecha de cubierta. Consulte nuestra Evidencia de Cubierta para obtener más información sobre esta cubierta.

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

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

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

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

MCS Classicare MA-PD Grupal (HMO-POS)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	<p>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	Medicamentos de cuidados selectos				

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

Lista de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIESPASTICIDAD			
AGENTES ANTIESPASTICIDAD			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	Dantrium	2	GC; NEDS
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Zanaflex	2	GC; NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	1	GC; NEDS
AGENTES ANTIMIASTENICOS			
PARASIMPATICOMIMÉTICOS			
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	2	GC; NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	2	GC; NEDS
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS			
AGONISTA DEL RECEPTOR DE SEROTONINA (5-HT)			
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Relpax	2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Imitrex	1	GC; QL (12 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	GC; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg</i>		2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>zolmitriptan oral tablet 5 mg</i>	Zomig	2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
ALCALOIDES DEL ERGOT			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	Migranal	5	QL (24 per 28 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>		2	GC; QL (40 per 28 days); NEDS
PROFILÁCTICO			
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; MO; FFQL
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		3	MO; FFQL
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	Inderal LA	2	GC; MO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>		1	GC; 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	GC; MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Topamax	1	GC; MO
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (16 per 30 days)
AGENTES ANTIPARKINSON			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS, OTROS			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	GC; MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	GC; 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, 50-200-200 mg</i>		2	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	Stalevo 150	2	GC; MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		2	GC; MO
AGONISTAS DE LA DOPAMINA			
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Parlodel	2	GC; MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Parlodel	2	GC; MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MO; FFQL
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		1	GC; MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	GC; MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO
ANTICOLINÉRGICOS			
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	PA; GC; MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	PA; GC; MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		1	PA; GC; MO
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA B (MAO-B)			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	GC; MO
PRECURSORES DE DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA DE L-AMINOÁCIDOS			
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Lodosyn	2	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	1	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	1	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		1	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	GC; MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG		4	ST; MO; QL (360 per 30 days); FFQL
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG		4	ST; MO; QL (270 per 30 days); FFQL
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG		4	ST; MO; QL (300 per 30 days); FFQL
AGENTES BIPOLARES			
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO			
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Depakote ER	2	GC; MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Depakote Sprinkles	2	GC; MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Depakote	1	GC; MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	1	GC; MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		1	GC; MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		1	GC; MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		2	GC; MO

AGENTES CARDIOVASCULARES

AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	1	GC; MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		2	GC; MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	GC; MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Procardia XL	1	GC; MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Sular	2	GC; 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	GC; MO; QL (30 per 30 days)

AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	GC; MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>	Taztia XT	2	GC; MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>	Tiadyt ER	2	GC; 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	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	GC; MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cardizem	1	GC; MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	GC; MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	GC; MO
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		2	GC; MO
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	GC; MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Verelan PM	2	GC; MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Verelan	2	GC; MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	GC; MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	GC; MO
AGENTES BLOQUEANTES BETA-ADRENÉRGICOS			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	GC; MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tenormin	1	GC; MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	GC; MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Coreg	1	GC; MO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Coreg CR	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

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	GC; 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	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Lopressor	1	GC; MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		1	GC; MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Corgard	2	GC; MO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>		2	GC; MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Bystolic	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Bystolic	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg</i>	Inderal LA	2	GC; MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>		1	GC; MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, OTROS			
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tekturna	2	GC; MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	GC; MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Lotrel	1	GC; MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	GC; MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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	GC; MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		2	GC; MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	1	GC; MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	Tenoretic 100	1	GC; MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	Tenoretic 50	1	GC; MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	1	GC; MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	GC; MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		1	GC; MO
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	1	GC; MO
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		4	PA; MO; QL (450 per 30 days); FFQL
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		2	PA; GC; MO; QL (255 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Digox	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Digox	1	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Lanoxin	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	1	GC; MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	GC; MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	GC; MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	1	GC; MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	1	GC; MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	1	GC; MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		2	GC; MO
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Demser	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	1	GC; 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	GC; MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		1	GC; MO
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		2	GC; MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>		1	GC; MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	1	GC; MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>		1	GC; MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	GC; MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	Maxzide-25	1	GC; MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	Maxzide	1	GC; 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	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2,5 MG, 5 MG		4	PA; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO			
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tricor	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	Trilipix	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA			
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	1	GC; MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	1	GC; MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		1	GC; MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	GC; MO
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Livalo	2	ST; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	GC; MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	1	GC; MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	1	GC; MO
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	GC; MO
AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, OTROS			
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	2	GC; MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Welchol	2	GC; MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Welchol	2	GC; MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	Colestid	2	GC; MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Colestid	2	GC; MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Zetia	2	GC; 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	GC; MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	3	MO; QL (240 per 30 days); FFQL
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		3	MO; FFQL
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		3	PA; MO; QL (3.5 per 28 days); FFQL
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM		3	MO; QL (240 per 30 days); FFQL
AGONISTAS ALFA-ADRENÉRGICOS			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	GC; MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	2	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	2	GC; MO; QL (4 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	2	GC; MO; QL (8 per 28 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Northera	5	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; NEDS
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Atacand	1	GC; MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Avapro	1	GC; MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	1	GC; MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	1	GC; MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Micardis	1	GC; MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	1	GC; MO
ANTIARRÍTMICOS			
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Pacerone	2	GC; MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tikosyn	2	GC; MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	GC; MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	GC; MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		1	GC; MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace AF	1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace	1	GC; MO
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		1	GC; MO
BLOQUEADORES ALFA-ADRENÉRGICOS			
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Cardura	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Minipress	1	GC; MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Inspra	2	GC; MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	PA; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Aldactone	1	GC; MO
DIURÉTICOS, BUCLE			
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	GC; NEDS
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	Bumex	2	GC; MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	GC; MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	GC; NEDS
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	GC; MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lasix	1	GC; MO
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>torseamide oral tablet 20 mg</i>	Soanz	1	GC; MO
DIURÉTICOS, TIAZIDAS			
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	GC; MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA)			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	1	GC; MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	1	GC; MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	GC; MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	1	GC; MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	GC; MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	GC; MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Accupril	1	GC; MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Altace	1	GC; MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	GC; MO
VASODILATADORES ARTERIALES/VENOSOS DE ACCIÓN DIRECTA			
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	GC; MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	Isordil Titradoso	2	GC; MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	GC; MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	GC; MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
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	GC; 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	GC; MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nitrolingual	2	GC; MO
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		4	NEDS
AGENTES DE ANTIDEMENCIA			
AGENTES ANTIDEMENCIA, OTROS			
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>		2	PA; GC; MO
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	Namenda XR	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 7 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		2	GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	Namenda Titration Pak	2	GC; QL (49 per 28 days); NEDS
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG		3	PA; NEDS
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG		3	PA; MO; FFQL
INHIBIDORES DE COLINESTERASA			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Aricept	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Aricept	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		2	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	GC; 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	GC; MO; QL (30 per 30 days)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

AGENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, SIN ANFETAMINAS

<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	Strattera	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Strattera	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>		2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Focalin	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	2	PA; GC; MO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Concerta	2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	Concerta	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg</i>	Relexxii	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Concerta	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg</i>		2	GC; MO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>		2	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
AGENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE			
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	3	PA; MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	5	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA; QL (210 per 30 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		5	PA; QL (210 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG		4	PA; QL (210 per 30 days); NEDS
AGENTES DE FIBROMIALGIA			
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Lyrica	2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Lyrica	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	2	GC; MO; QL (900 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	QL (55 per 28 days); NEDS
AGENTES DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, ANFETAMINAS			
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Adderall	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Zenzedi	2	GC; MO
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS			
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 per 28 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		5	PA; QL (3600 per 30 days)
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML		5	PA
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Rilutek	2	PA; GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES DENTALES Y ORALES			
AGENTES DENTALES Y ORALES			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evoxac	2	GC; MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	GC; NEDS
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		1	GC; NEDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Salagen	2	GC; MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	2	GC; NEDS
AGENTES DERMATOLÓGICOS			
AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS			
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>		2	GC; QL (100 per 30 days); NEDS
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	Efudex	2	GC; NEDS
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	GC; NEDS
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	Advocate Alcohol Prep Pads	3	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	Analpram-HC	2	GC; NEDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	GC; NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	GC; NEDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	GC; NEDS
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	NEDS
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	1	GC; NEDS
SSD EXTERNAL CREAM 1 %		2	GC; NEDS
AGENTES PARA ACNÉ Y ROSÁCEA			
ACUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		2	GC; NEDS
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Differin	2	PA; GC; NEDS
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Differin	2	PA; GC; NEDS
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		4	NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	2	GC; NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>	Zenatane	2	GC; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; GC; NEDS
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; GC; QL (100 per 30 days); NEDS
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA; NEDS
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	2	PA; GC; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Retin-A	2	PA; GC; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Atralin	2	PA; GC; NEDS
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	GC; NEDS
AGENTES PARA DERMATITIS Y PRUITUS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		1	GC; NEDS
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	GC; NEDS
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	Clobex	2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clobex	2	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		2	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DesOwen	2	GC; NEDS
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	2	GC; NEDS
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	Topicort	2	GC; NEDS
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	2	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Synalar	2	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Synalar	2	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoothe/FS Scalp	2	GC; NEDS
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	GC; NEDS
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	GC; NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	1	GC; NEDS
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		1	GC; NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	1	GC; NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	GC; NEDS
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	GC; NEDS
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	GC; NEDS
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		1	GC; NEDS
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		1	GC; NEDS
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		1	GC; NEDS
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	Elidel	2	ST; GC; NEDS
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	GC; NEDS
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	GC; NEDS
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	GC; NEDS
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		1	GC; NEDS
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		2	ST; GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	2	GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>		2	GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		1	GC; NEDS
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	2	GC; NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	GC; NEDS
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	2	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	Clindagel	2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Cleocin-T	2	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	2	GC; NEDS
<i>ery external pad 2 %</i>		2	GC; NEDS
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Erygel	2	GC; NEDS
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	GC; NEDS
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		1	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		2	GC; QL (352 per 30 days); NEDS
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS			
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	2	GC; NEDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>		2	GC; NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES			
AGENTES ANTIDIARREICOS			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Lotronex	5	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Lomotil	2	GC; NEDS
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	2	GC; NEDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
AGENTES CONTRA EL ESTREÑIMIENTO			
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	GC; MO
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	GC; MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Amitiza	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS			
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule 140-125-125 mg</i>	Pylera	2	GC; NEDS
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Librax	2	PA; GC; NEDS
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		2	GC; NEDS
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		1	GC; NEDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	1	GC; MO
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	Suprep Bowel Prep Kit	2	GC; NEDS
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	GC; NEDS
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG		4	NEDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	GC; MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	Urso 250	2	GC; MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	2	GC; MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE HISTAMINA2 (H2)			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tagamet HB	2	GC; NEDS
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	GC; MO
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	1	GC; MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	1	GC; MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	GC; MO
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES			
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	Robinul	2	GC; NEDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	Robinul-Forte	2	GC; NEDS
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES			
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Dexilant	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
PROTECTORES			
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	2	GC; MO
<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 VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	1	GC; MO
AGENTES GENITOURINARIOS			
AGENTES GENITOURINARIOS, OTROS			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	GC; NEDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML		5	PA; QL (0.8 per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML		5	PA; QL (1 per 30 days)
AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Uroxatral	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Avodart	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Jalyn	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Proscar	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Rapaflo	2	GC; MO
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Cialis	2	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Flomax	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		2	GC; MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML		4	MO; QL (300 per 30 days); FFQL
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		1	GC; MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	Detrol LA	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Detrol	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/ MODIFICADORES)			
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/ MODIFICADORES)			
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	GC; MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Balziva	2	GC; MO
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	GC; MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Cyred EQ	2	GC; MO
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		3	MO; QL (1 per 28 days); FFQL
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		3	MO; QL (1 per 28 days); FFQL
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	GC; MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		1	GC; MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Amabelz	2	GC; MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Activella	2	GC; MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; QL (1 per 28 days); FFQL
FYAVOLV ORAL TABLET 1-5 MG-MCG		2	GC; MO
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		3	MO; QL (1 per 28 days); FFQL
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG		4	PA; MO; FFQL
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	GC; MO
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	GC; MO
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG		2	GC; MO
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	GC; MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	GC; MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	2	GC; MO
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	GC; MO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		1	GC; MO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	GC; MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	1	GC; MO
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	GC; MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	1	GC; MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	GC; MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		1	GC; MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	GC; MO
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	GC; MO
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	GC; MO
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	GC; MO
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		1	GC; MO
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	MO; FFQL
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG		3	MO; FFQL
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	MO; FFQL
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	GC; MO
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		1	GC; MO
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	GC; MO
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		1	GC; MO
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		1	GC; MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		1	GC; MO
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		1	GC; MO
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		1	GC; MO
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	GC; MO
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	GC; MO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	GC; MO
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		1	GC; MO
ANDRÓGENOS			
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	2	PA; GC; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</i>	Fortesta	2	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	Vogelxo Pump	2	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>		2	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	AndroGel Pump	2	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		2	PA; GC; MO; QL (75 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Testim	2	PA; GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>		2	PA; GC; MO
ESTRÓGENOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	MO; FFQL
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Estrace	1	GC; MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Alora	2	GC; MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	Dotti	2	GC; 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	GC; MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	Estrace	2	GC; MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafem	2	GC; MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG		4	MO; FFQL
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
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG		2	GC; MO
PROGESTINAS			
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		4	QL (0.65 per 84 days)
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	GC; QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	GC; QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Provera	1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		2	PA; GC; MO
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	PA; GC; NEDS
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	GC; MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	2	GC; MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	GC; MO

**AGENTES HORMONALES,
ESTIMULANTES/ DE
REEMPLAZO/
MODIFICADORES
(PITUITARIA)**

**AGENTES HORMONALES,
ESTIMULANTES/ DE
REEMPLAZO/
MODIFICADORES
(PITUITARIA)**

<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		2	GC; MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	GC; MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA

**AGENTES HORMONALES,
ESTIMULANTES/ DE
REEMPLAZO/
MODIFICADORES
(SUPRARRENALES)**

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (SUPRARRENALES)			
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		1	GC; MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	2	GC; NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	2	GC; NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	2	GC; NEDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	Pediapred	2	GC; NEDS
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	GC; NEDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>		2	GC; NEDS
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)			
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
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		1	GC; MO
LEVO-T 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		1	GC; 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	GC; MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Levo-T	1	GC; MO
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		1	GC; MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Cytomel	2	GC; 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
UNITHROID 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		2	GC; MO
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)			
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)			
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	GC; NEDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 90 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		4	PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		4	PA; QL (1 per 180 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG		4	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		5	PA; QL (2 per 28 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		4	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>		2	PA; GC; QL (1 per 90 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		2	PA; GC; NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 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)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; QL (1 per 180 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	2	PA; GC; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA; GC; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; QL (60 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG		4	PA; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG		4	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)			
AGENTES ANTITIROIDEOS			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	GC; MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
AGENTES DE ANGIOEDEMA			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA-BvsD
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	5	PA; QL (18 per 30 days)
AGENTES INMUNOLÓGICOS, OTROS			
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (4 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA
JOENJA ORAL TABLET 70 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		5	PA; QL (1.2 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (300 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML		5	PA; QL (16.072 per 28 days)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 32.4 MG/0.81ML		5	PA; QL (22.68 per 28 days)
INMUNOESTIMULANTES			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA
INMUNOGLOBULINAS			
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA-BvsD
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA-BvsD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA-BvsD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA-BvsD
INMUNOSUPRESORES			
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; QL (6 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (6 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (4 per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	2	PA-BvsD; GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Gengraf	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	2	PA-BvsD; GC; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		5	PA
ENVARUS 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
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (2 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN- INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		1	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		1	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	5	PA-BvsD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	2	PA-BvsD; GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG		5	PA; QL (55 per 28 days)
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Rapamune	5	PA-BvsD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Rapamune	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	2	PA-BvsD; GC; MO
VACUNAS			
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		1	GC; NEDS
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>		1	GC; NEDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	GC; NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	GC; NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	GC; NEDS
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		1	GC; NEDS
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		1	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	GC; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	GC; NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		1	GC; NEDS
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		1	GC; NEDS
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		1	GC; NEDS
IPOL INJECTION INJECTABLE		1	GC; NEDS
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	GC; NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		1	GC; NEDS
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	GC; NEDS
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION		1	GC; NEDS
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION		1	GC; NEDS
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)		1	GC; NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	GC; NEDS
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	PA-BvsD; GC; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; GC; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION		1	GC; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		1	GC; NEDS
ROTATEQ ORAL SOLUTION		1	GC; NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		1	GC; NEDS
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		1	GC; NEDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	GC; NEDS
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		1	GC; NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		1	GC; NEDS
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		1	GC; NEDS
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		1	GC; NEDS
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		1	GC; NEDS
AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA			
AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA			
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>		2	GC; MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	1	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	PA-BvsD; GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Rocaltrol	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Rocaltrol	2	PA-BvsD; GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	Sensipar	3	PA-BvsD; MO; QL (120 per 30 days); FFQL
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	Sensipar	3	PA-BvsD; MO; QL (150 per 30 days); FFQL
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Sensipar	5	PA-BvsD; QL (120 per 30 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT		3	MO; FFQL
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	GC; MO; QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	Zemplar	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	PA-BvsD; GC; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 per 180 days)
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Actonel	2	GC; MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>		2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	Actonel	2	GC; MO; QL (12 per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	Actonel	2	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Atelvia	2	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>		5	PA; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 per 28 days)

AGENTES OFTÁLMICOS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	GC; NEDS
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	GC; NEDS
AGENTES OFTÁLMICOS BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS			
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	GC; MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	GC; MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		1	GC; MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		2	GC; MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		1	GC; MO
AGENTES OFTÁLMICOS PARA BAJAR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	GC; MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	GC; MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	GC; NEDS
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Alphagan P	3	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	Alphagan P	2	GC; MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	GC; MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Combigan	2	GC; MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		2	GC; MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt PF	2	GC; MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	GC; 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
AGENTES OFTÁLMICOS, OTROS			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		2	GC; MO
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Neo-Polycin HC	2	GC; NEDS
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	GC; NEDS
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		1	GC; NEDS
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	GC; NEDS
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDINA Y PROSTAMIDA OFTÁLMICOS			
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	GC; MO; QL (5 per 25 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	1	GC; MO; QL (2.5 per 20 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MO; QL (2.5 per 25 days); FFQL
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Travatan Z	2	GC; MO; QL (2.5 per 25 days)
ANTIINFECCIOSOS OFTÁLMICOS			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	NEDS
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	GC; NEDS
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Polycin	2	GC; NEDS
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	GC; NEDS
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	GC; NEDS
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	2	GC; NEDS
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	NEDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Neo-Polycin	2	GC; NEDS
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	2	GC; NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		1	GC; NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	GC; NEDS
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	GC; QL (20 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	PA; NEDS
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS			
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>		2	GC; NEDS
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Durezol	2	GC; NEDS
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	2	GC; NEDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	GC; NEDS
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Acular LS	2	GC; NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	2	GC; QL (10 per 25 days); NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	Lotemax	2	GC; NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Lotemax	2	GC; NEDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	2	GC; NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	GC; NEDS
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
AGENTES ÓTICOS			
AGENTES ÓTICOS			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	GC; NEDS
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	Cetraxal	2	GC; NEDS
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	2	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		2	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	GC; NEDS
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	GC; NEDS

AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Colazal	2	GC; NEDS
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Apriso	2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	Delzicol	2	GC; MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Lialda	2	GC; MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		4	NEDS
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Canasa	2	GC; NEDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Azulfidine	1	GC; MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Azulfidine EN-tabs	2	GC; MO

GLUCOCORTICOIDES

<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Uceris	5	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		4	NEDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	2	GC; NEDS

AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO

AGENTES PROMOTORES DE LA VIGILIA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nuvigil	2	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Provigil	2	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	5	PA; QL (540 per 30 days)

AGENTES PROMOTORES DEL SUEÑO

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	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Lunesta	2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Rozerem	2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Restoril	2	PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Ambien	2	PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS

BENZODIACEPINAS

<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		1	GC; NEDS
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/10ml, 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		1	GC; NEDS

AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO			
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>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	2	GC; MO
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		4	PA; MO; FFQL
ENDARI ORAL PACKET 5 GM		3	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Yargesa	5	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG, 10 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		5	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT		3	MO; FFQL
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS/ANTI-ADICCIÓN			
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR			
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		4	NEDS
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		4	NEDS
<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, 1 mg</i>		3	QL (56 per 28 days); NEDS
AGENTES PARA LA REVERSIÓN DE OPIOIDES			
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		1	GC; NEDS
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		1	GC; NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		1	GC; NEDS
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Narcan	2	GC; NEDS
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 5 MG/0.5ML		1	GC; QL (1 per 30 days); NEDS
DEPENDENCIA DE OPIOIDES			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
DISUASIVOS DE ALCOHOL/ANTI-DESEO			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	GC; MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>		2	GC; MO
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		1	GC; NEDS
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA			
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	GC; MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Mitigare	3	NEDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	GC; MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Uloric	2	PA; GC; MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	GC; MO
AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO			
AGENTES DE FIBROSIS PULMONAR			
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT		3	MO; QL (10.7 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Breyna	2	GC; MO; QL (11 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		4	MO; QL (4 per 20 days); FFQL
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA-BvsD; GC; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML		5	PA
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; GC; MO; QL (540 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MO; QL (4 per 30 days); FFQL
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES PARA FIBROSIS QUÍSTICA			
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG		5	PA
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG		5	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak	5	PA-BvsD; QL (280 per 56 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 80-40-60 & 59.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	2	PA; GC; MO; QL (90 per 30 days)
ANTIISTAMÍNICOS			
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	GC; QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	Dymista	2	GC; QL (23 per 30 days); NEDS
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	1	GC; NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Clarinet	2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>desloratadine oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Xyzal Allergy 24HR Childrens	2	GC; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	1	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; QL (1 per 30 days); FFQL
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	MO; QL (1 per 30 days); FFQL
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; QL (1 per 30 days); FFQL
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; QL (26 per 30 days); FFQL
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	Pulmicort	2	PA-BvsD; GC; MO
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	GC; QL (50 per 25 days); NEDS
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		2	GC; MO; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		2	GC; MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	ClariSpray	1	GC; QL (16 per 30 days); NEDS
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	2	GC; NEDS
ANTILEUCOTRIENOS			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Singulair	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Accolate	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		4	MO; QL (26 per 30 days); FFQL
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA-BvsD; GC; MO; QL (252 per 25 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MO; QL (4 per 30 days); FFQL
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	Spiriva HandiHaler	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS			
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Proventil HFA	2	GC; MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Proventil HFA	2	GC; MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		1	PA-BvsD; GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		1	PA-BvsD; GC; MO; QL (360 per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>		1	PA-BvsD; GC; MO; QL (100 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	GC; MO
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	2	GC; QL (2 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	2	GC; QL (2 per 30 days); NEDS
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; GC; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Xopenex HFA	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	MO; QL (2 per 30 days); FFQL
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS			
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>		2	GC; MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	GC; MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		2	GC; MO
ANALGÉSICOS			
ANALGÉSICOS			
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Tencon	2	PA; GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Bac	2	PA; GC; QL (180 per 30 days); NEDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN CORTA			
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	GC; QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	GC; QL (390 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>		2	GC; QL (42 per 7 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg</i>		1	GC; QL (720 per 30 days); NEDS
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>		1	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>		1	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG		2	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg, 400 mcg</i>		4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	GC; QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	GC; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Dilaudid	2	GC; QL (960 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Dilaudid	2	GC; QL (480 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Dilaudid	2	GC; QL (21 per 7 days); NEDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		2	GC; QL (42 per 7 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	GC; QL (2700 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		2	GC; QL (1350 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		2	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	GC; QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg</i>		2	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Roxicodone	2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Roxicodone	2	GC; QL (14 per 7 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		2	GC; QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	2	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>		2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	GC; QL (56 per 7 days); NEDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN PROLONGADA			
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	GC; QL (10 per 30 days); NEDS
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	GC; QL (3600 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg</i>	MS Contin	2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS Contin	2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 20 mg</i>	OxyCONTIN	4	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
FÁRMACOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	CeleBREX	2	ST; GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	Flector	2	PA; GC; NEDS
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		1	GC; MO
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	Aleve Arthritis Pain	2	GC; QL (1000 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; MO
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Arthrotec	2	GC; MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	GC; MO
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	EC-Naprosyn	1	GC; MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	GC; MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	GC; MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	Lodine	2	GC; MO
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	GC; MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>		2	GC; MO
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Childrens Advil	1	GC; NEDS
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	GC; MO
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>		1	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>		1	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	Kiprofen	2	GC; MO
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>		2	GC; QL (20 per 5 days); NEDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	GC; MO
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	Naprosyn	2	GC; MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		1	GC; MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	Naprosyn	1	GC; MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-Naprosyn	1	GC; MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	GC; MO
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Anaprox DS	2	GC; MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Daypro	2	GC; MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Feldene	2	GC; MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		1	GC; MO

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANSIOLÍTICOS			
ANSIOLÍTICOS, OTROS			
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i>	Vistaril	2	PA; GC; NEDS
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		2	GC; NEDS
BENZODIACEPINAS			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	1	PA; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	1	PA; GC; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	1	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	1	GC; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		2	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		2	GC; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	GC; QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	Valium	1	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Valium	1	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Ativan	1	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
ANTIBACTERIANOS			
AMINOGLUCÓSIDOS			
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		5	PA
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		1	GC; NEDS
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML		5	
ANTIBACTERIANOS, OTROS			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Azactam	2	GC; NEDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	1	GC; NEDS
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Cleocin	2	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	2	GC; NEDS
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		5	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Cubicin RF	5	
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	4	PA; NEDS
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Zyvox	5	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Zyvox	2	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Hiprex	2	GC; NEDS
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	MetroCream	2	GC; NEDS
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>		2	GC; NEDS
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Metrogel	2	GC; NEDS
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	MetroLotion	2	GC; NEDS
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	2	GC; NEDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Macrochantin	2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Tygacil	5	PA-BvsD
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>		4	NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	4	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	4	QL (170 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	Firvanq	2	GC; NEDS
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		4	NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		4	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		4	MO
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS			
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		1	GC; NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	2	GC; NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	2	GC; NEDS
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA-BvsD
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	GC; NEDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		4	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	2	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	Augmentin	2	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	2	GC; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	2	GC; NEDS
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML		4	NEDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML		4	NEDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	NEDS
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	GC; NEDS
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	4	PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	GC; 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	GC; NEDS
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 40.5 (36-4.5) gm</i>		1	GC; NEDS
CARBAPENÉMICOS			
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	2	GC; NEDS
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
MACRÓLIDOS			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Zithromax	2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	Zithromax	2	GC; NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Zithromax	2	GC; NEDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	1	GC; NEDS
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST; QL (20 per 10 days)
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		4	NEDS
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	E.E.S. Granules	4	NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	GC; NEDS
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Ery-Tab	2	GC; NEDS
QUINOLONAS			
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	GC; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	1	GC; NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	GC; NEDS
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	GC; NEDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>		4	NEDS
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		4	NEDS
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>		2	GC; NEDS
SULFONAMIDAS			
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Klaron	2	GC; NEDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	2	GC; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	1	GC; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	1	GC; NEDS
TETRACICLINAS			
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		2	GC; NEDS
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	Vibramycin	2	GC; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxylene NL	1	GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		1	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	Vibramycin	2	GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; NEDS
ANTICONVULSIVOS			
AGENTES DE AUMENTO DEL ÁCIDO GAMMA-AMINOBUTÍRICO (GABA)			
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	2	PA; GC; MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	2	PA; GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Neurontin	1	GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Neurontin	1	GC; MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Neurontin	2	GC; MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Neurontin	1	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Neurontin	1	GC; MO; QL (120 per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA; NEDS
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA; MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		4	NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		4	NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	NEDS
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Vigpoder	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days)
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
AGENTES DEL CANAL DE SODIO			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Carbatrol	2	GC; MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGretol-XR	2	GC; MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGretol	2	GC; MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Epitol	2	GC; MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	GC; MO
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	2	GC; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Vimpat	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	2	GC; MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin	2	GC; MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Dilantin Infatabs	1	GC; MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Dilantin	2	GC; MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	2	GC; MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	5	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Banzel	4	PA; MO; QL (240 per 30 days); FFQL
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Banzel	5	PA; QL (240 per 30 days)
AGENTES MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO			
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Zarontin	2	GC; MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Zarontin	2	GC; MO
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	2	GC; MO
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MO; FFQL
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	2	GC; MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	GC; MO
ANTICONVULSIVOS, OTROS			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		5	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Felbatol	2	GC; MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA; MO; FFQL
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LaMICtal XR	2	GC; 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	GC; NEDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LaMICtal	1	GC; MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LaMICtal	2	GC; MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LaMICtal ODT	2	GC; MO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LaMICtal Starter	2	GC; NEDS
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	GC; NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	GC; NEDS
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Keppra XR	2	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Keppra XR	2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Keppra	2	GC; MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Keppra	2	GC; MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	GC; 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	GC; MO
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		1	GC; MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	1	GC; MO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG		4	MO; QL (90 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	MO; QL (120 per 30 days); FFQL
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	GC; MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	GC; MO
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (1100 per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS			
ANTIDEPRESIVOS, OTROS			
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		4	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Wellbutrin SR	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Wellbutrin XL	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Wellbutrin XL	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	Forfivo XL	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>		1	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>		1	GC; MO; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>		2	PA; GC; MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Remeron	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	Symbyax	2	GC; 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	GC; MO
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
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA			
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MO; FFQL
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nardil	2	GC; MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	2	GC; MO
ISRS/IRSN (INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA/INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA)			
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		2	GC; MO; QL (600 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	1	GC; MO; QL (45 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	CeleXA	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	CeleXA	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Pristiq	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Pristiq	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cymbalta	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	GC; MO; QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
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	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	PROzac	1	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	GC; MO; QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	GC; MO; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>		1	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Paxil CR	2	GC; 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	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	Paxil	2	GC; MO; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Paxil	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Paxil	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	2	GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Zoloft	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	1	GC; MO; QL (45 per 30 days)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>		2	GC; MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg</i>	Effexor XR	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Effexor XR	1	GC; MO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>		2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viiibryd	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
TRICÍCLICOS			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Anafranil	2	GC; MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Norpramin	2	GC; MO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; MO
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	GC; MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	GC; MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	2	GC; MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
ANTIEMÉTICOS			
ANTIEMÉTICOS, OTROS			
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	1	GC; NEDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	2	GC; NEDS
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	PA; GC; NEDS
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; NEDS
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 25 MG		4	PA; NEDS
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Transderm-Scop	2	GC; NEDS
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>		2	GC; NEDS
COMPLEMENTOS DE TERAPIA EMETOGENICA			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	Emend Tri-Pack	4	PA-BvsD; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend	2	PA-BvsD; GC; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Marinol	2	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (450 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTIMICOBACTERIANOS			
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	GC; MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	NEDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Mycobutin	4	NEDS
ANTITUBERCULOSOS			
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 400 mg</i>	Myambutol	2	GC; NEDS
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	GC; MO
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Rifadin	2	GC; NEDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	GC; NEDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		4	NEDS
ANTIMICÓTICOS			
ANTIMICÓTICOS			
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		4	PA-BvsD; NEDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	5	PA-BvsD
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		1	GC; NEDS
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Desenex	1	GC; NEDS
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	GC; 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; GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Diflucan	2	GC; NEDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Diflucan	2	GC; NEDS
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	2	PA; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %		4	NEDS
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	GC; QL (600 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		1	GC; NEDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	Mycamine	5	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>		2	GC; NEDS
NOXAFIL ORAL PACKET 300 MG		5	PA
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		1	GC; NEDS
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		1	GC; NEDS
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Klayesta	2	GC; NEDS
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	GC; NEDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	GC; NEDS
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	Noxafil	5	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	Noxafil	5	PA; QL (93 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	GC; NEDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Vfend IV	5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; QL (300 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	Vfend	4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	Vfend	4	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ANTINEOPLÁSICOS			
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
AGENTES ALQUILANTES			
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	PA; NEDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; QL (60 per 30 days)
AGENTES ANTIANGIOGÉNICOS			
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	5	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
ANTIANDRÓGENOS			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Zytiga	5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Zytiga	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG		5	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		3	NEDS
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	5	QL (60 per 30 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ANTIESTRÓGENOS/MODIFICADORES			
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		4	PA; MO; FFQL
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	GC; MO
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	5	PA
ANTIMETABOLITOS			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		4	MO; FFQL
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	1	GC; NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	GC; NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	PA
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	NEDS
ANTINEOPLÁSTICOS, OTROS			
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	GC; NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA-BvsD; NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
INHIBIDORES DE AROMATASA, 3RA GENERACIÓN			
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	1	GC; MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	2	GC; MO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	1	GC; MO
INHIBIDORES DE BLANCO MOLECULAR			
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG		5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG		5	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Tarceva	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (60 per 30 days)
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG		5	PA; NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; QL (216 per 27 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA; QL (180 per 30 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (150 per 30 days)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (150 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG		5	PA
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA
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)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		4	PA; NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA
RETINOIDES			
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	5	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
ANTIPARASITARIOS			
ANTIHELMÍNTICOS			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		5	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	2	PA; GC; NEDS
ANTIPROTOZOARIOS			
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	5	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	2	GC; NEDS
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	NEDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	GC; MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	2	GC; MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	2	GC; MO
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG		4	NEDS
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	GC; MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Alinia	2	GC; QL (6 per 30 days); NEDS
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nebupent	4	PA-BvsD; NEDS
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	4	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>		2	GC; NEDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	5	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Qualaquin	2	PA; GC; NEDS
ANTIPSIÓTICOS			
A TÍPICO/2DA GENERACIÓN			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		4	MO; QL (750 per 30 days); FFQL
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Abilify	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Abilify	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	QL (60 per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	4	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (7 per 365 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (10 per 365 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
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>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Latuda	5	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Latuda	5	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)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	2	GC; 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	GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA Zydis	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	Invega	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Invega	4	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	2	GC; 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	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG		4	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	2	GC; MO; QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	1	GC; 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	GC; 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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (7 per 28 days); NEDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	2	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
RESISTENTE AL TRATAMIENTO			
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Clozaril	2	GC; QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 25 mg</i>	Clozaril	2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	Clozaril	2	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>		2	GC; QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>		2	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		2	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (540 per 30 days)
TÍPICO/1RA GENERACIÓN			
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		2	GC; MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	GC; NEDS
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		2	GC; NEDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		2	GC; MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; 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	GC; NEDS
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		1	GC; NEDS
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	GC; MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	GC; MO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	GC; MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	GC; MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
ANTIVIRALES			
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG		1	GC; NEDS
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		1	GC; NEDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		1	GC; NEDS
AGENTES ANTI-CITOMEGALOVIRUS (CMV)			
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (100 per 100 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	2	GC; MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Valcyte	3	MO; FFQL
AGENTES ANTIGRIPALES			
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tamiflu	2	GC; QL (84 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tamiflu	2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	2	GC; NEDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		4	NEDS
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	GC; NEDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG		4	NEDS
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG		4	NEDS
AGENTES ANTIHERPÉTICOS			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		2	GC; NEDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	GC; NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Valtrex	2	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Valtrex	2	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA DE NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS (NRTI)			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	2	GC; MO; QL (900 per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Epzicom	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	Atripla	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	Symfi Lo	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	5	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	MO; QL (680 per 28 days); FFQL
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	2	GC; MO; QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Epivir	2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Epivir	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		5	QL (60 per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	QL (240 per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	2	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	2	GC; MO; QL (1680 per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)			
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		4	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	QL (180 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		4	MO; QL (180 per 30 days); FFQL
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	QL (30 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		4	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		4	MO; QL (360 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	QL (120 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		4	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Reyataz	4	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Reyataz	4	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	5	QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	5	QL (30 per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Lexiva	5	QL (120 per 30 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	MO; QL (1575 per 28 days); FFQL
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	Kaletra	2	GC; MO; QL (400 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	4	MO; QL (300 per 30 days); FFQL
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		4	MO; QL (360 per 30 days); FFQL
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	QL (30 per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	QL (360 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		4	MO; QL (240 per 30 days); FFQL
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		4	MO; QL (420 per 30 days); FFQL
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	QL (180 per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	2	GC; MO; QL (360 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		5	QL (300 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		5	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO NUCLEÓSIDOS (NNRTI)			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>		2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>		2	GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Sustiva	4	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	5	QL (120 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MO; QL (120 per 30 days); FFQL
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		2	GC; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTI-VIH, OTROS			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Selzentry	5	QL (240 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	5	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	QL (1800 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	MO; QL (240 per 30 days); FFQL
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	QL (60 per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG		5	QL (4 per 180 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG		5	QL (5 per 180 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		5	QL (180 per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		4	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS B (VHB)			
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		2	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	2	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC)			
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG		5	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	5	PA
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA
DROGAS EXCLUÍDAS			
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Viagra	2	EXCL; QL (7 per 30 days); NEDS
<i>vardenafil hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	EXCL; QL (7 per 30 days); NEDS
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS			
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA-BvsD; NEDS
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA-BvsD; NEDS
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		3	PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	GC; NEDS
DOJOLVI ORAL LIQUID 100 %		5	PA
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Carnitor	2	GC; MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Carnitor	2	GC; MO
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA-BvsD; NEDS
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	NeoNatal Plus	2	GC; NEDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		2	PA-BvsD; GC; NEDS
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD; NEDS
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD; NEDS
LIGANTES DE FOSFATO			
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		2	GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Calphron	2	GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Fosrenol	4	MO; FFQL
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	Renvela	2	GC; MO; QL (540 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	Renvela	2	GC; MO; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Renvela	2	GC; MO; QL (540 per 30 days)
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES			
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	Exjade	2	PA; GC; MO
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	Exjade	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	Ferriprox	5	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		4	MO; FFQL
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	GC; NEDS
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		3	NEDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>		5	PA
REEMPLAZO DE ELECTROLITOS/MINERALES			
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
<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-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>		1	GC; NEDS
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte 148	2	PA-BvsD; GC; NEDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD; NEDS
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	1	GC; MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	1	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

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	GC; MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	GC; MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con 10	1	GC; MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>	K-Tab	1	GC; MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	1	GC; MO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>		2	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Klor-Con	2	GC; MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	GC; MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	2	GC; NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	2	GC; NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	Urocit-K 5	2	GC; NEDS
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>		3	PA-BvsD; NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		3	NEDS
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Argyle Sterile Saline	3	NEDS
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		2	GC; NEDS
PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE			
AGENTES MODIFICADORES DE PLAQUETAS			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		2	GC; MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	1	GC; MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC; MO
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; QL (60 per 30 days); FFQL
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		3	MO; QL (90 per 30 days); FFQL
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	2	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	2	GC; QL (24 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	2	GC; QL (9 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	2	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	2	GC; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	5	QL (14 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	2	GC; 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; GC; NEDS
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		1	GC; 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	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		3	MO; QL (900 per 30 days); FFQL
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG		3	MO; QL (120 per 30 days); FFQL
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	QL (51 per 30 days); NEDS
PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE, OTROS			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Agrylin	2	GC; MO
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	GC; MO
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA; NEDS
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		4	PA; QL (12 per 28 days); NEDS
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		2	GC; NEDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE			
AGENTES ANTIDIABÉTICOS			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	GC; MO; QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Glucotrol XL	1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	GC; 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	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg</i>		1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	GC; MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		2	GC; MO
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	Riomet	2	GC; MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		1	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		1	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML		3	PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	PA; MO; QL (6 per 28 days); FFQL
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	1	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Duetact	2	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		2	GC; MO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	Actoplus Met	2	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		2	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		2	GC; MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG		3	PA; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (10.8 per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		3	PA; MO; QL (4 per 28 days); FFQL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; QL (60 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES GLUCÉMICOS			
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	5	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	NEDS
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		3	NEDS
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	5	PA; QL (120 per 30 days)
INSULINAS			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days)
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	Band-Aid Gauze Small	3	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo Max SoloStar	6	QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	Lantus SoloStar	6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo SoloStar	6	QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Lantus	6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG KwikPen	6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HumaLOG	6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG Junior KwikPen	6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	HumaLOG Mix 75/25 KwikPen	6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2"</i> <i>0.5 ml</i>	BD Insulin Syringe MicroFine	3	QL (120 per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		6	ST; MO; QL (18 per 30 days); FFQL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		6	MO; QL (40 per 30 days); FFQL

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; GC; NEDS
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	GC; NEDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	GC; NEDS
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		2	PA; GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24445 Versión 12 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Listado alfabético

A

abacavir sulfate 103
abacavir sulfate-lamivudine . 103
 ABILIFY ASIMTUFII 97
 ABILIFY MAINTENA 97
abiraterone acetate 86
 ABRYSVO 43
acamprosate calcium 56
acarbose 113
 ACCUTANE 20
acebutolol hcl 6
acetaminophen-codeine 61, 62
acetazolamide 48
acetazolamide er 48
acetic acid 51
acetylcysteine 56
acitretin 20
 ACTHIB 43
 ACTIMMUNE 39
acyclovir 24, 102
acyclovir sodium 102
 ADACEL 43
adalimumab-adbm (2 pen) 40
adalimumab-adbm (2 syringe) 40
adalimumab-adbm(cd/uc/hs str)
 40
*adalimumab-adbm(ps/uv
 starter)* 40
adapalene 20
adefovir dipivoxil 107
 ADEMPAS 58
 AKEEGA 89
albendazole 96
albuterol sulfate 60
albuterol sulfate hfa 60
alclometasone dipropionate ... 21
 ALECENSA 89
alendronate sodium 46
alfuzosin hcl er 27
aliskiren fumarate 7
allopurinol 56
alosetron hcl 24
alprazolam 66
 ALUNBRIG 89
amantadine hcl 3
ambrisentan 58
amiloride hcl 13

amiloride-hydrochlorothiazide . 7
amiodarone hcl 12
amitriptyline hcl 82
 AMJEVITA 40
 AMJEVITA-PED 15KG TO
 <30KG 40
amlodipine besy-benazepril hcl 7
amlodipine besylate 5
amlodipine besylate-valsartan . 7
amlodipine-atorvastatin 8
amlodipine-olmesartan 8
ammonium lactate 21
amoxapine 82
amoxicillin 70
amoxicillin-pot clavulanate ... 70
amoxicillin-pot clavulanate er 70
amphetamine-
dextroamphetamine 18
amphotericin b 84
amphotericin b liposome 84
ampicillin 70
ampicillin sodium 71
ampicillin-sulbactam sodium . 71
anagrelide hcl 112
anastrozole 89
apraclonidine hcl 48
aprepitant 83
 APTIOM 75
 APTIVUS 105
 ARCALYST 37
 AREXVY 43
 ARIKAYCE 67
aripiprazole 97
armodafinil 53
 ARNUITY ELLIPTA 59
asenapine maleate 97
 ASMANEX (120 METERED
 DOSES) 59
 ASMANEX (30 METERED
 DOSES) 59
 ASMANEX (60 METERED
 DOSES) 59
 ASMANEX HFA 59
aspirin-dipyridamole er 110
 ASSURE ID INSULIN
 SAFETY SYR 116
atazanavir sulfate 105

atenolol 6
atenolol-chlorthalidone 8
atomoxetine hcl 16
atorvastatin calcium 10
atovaquone 96
atovaquone-proguanil hcl 96
atropine sulfate 49
 ATROVENT HFA 60
 AUGTYRO 89
 AUSTEDO 18
 AUSTEDO XR 18
 AUSTEDO XR PATIENT
 TITRATION 18
 AUVELITY 78
 AVIANE 28
 AYVAKIT 89
 AZASITE 50
azathioprine 40
azelastine hcl 48, 58
azelastine-fluticasone 58
azithromycin 72
 AZOPT 48
aztreonam 67
B
bacitracin 50
bacitracin-polymyxin b 50
bacitra-neomycin-polymyxin-hc
 49
baclofen 1
balsalazide disodium 52
 BALVERSA 89
 BALZIVA 29
 BAQSIMI ONE PACK 116
 BARACLUDGE 107
bcg vaccine 43
 BELSOMRA 53
benazepril hcl 14
benazepril-hydrochlorothiazide 8
 BENLYSTA 41
benznidazole 96
benztropine mesylate 3
 BESREMI 39
betamethasone dipropionate .. 21
betamethasone dipropionate aug
 21
betamethasone valerate 21
betaxolol hcl 6, 48

<i>bethanechol chloride</i>	27	<i>calcitonin (salmon)</i>	46	<i>chlorpromazine hcl</i>	100
<i>bexarotene</i>	96	<i>calcitriol</i>	46	<i>chlorthalidone</i>	13
BEXSERO	43	<i>calcium acetate</i>	108	<i>cholestyramine</i>	11
<i>bicalutamide</i>	86	<i>calcium acetate (phos binder)</i>		<i>cholestyramine light</i>	10
BICILLIN C-R	71	.....	108	<i>ciclopirox</i>	24
BICILLIN C-R 900/300	71	CALQUENCE	90	<i>ciclopirox olamine</i>	84
BICILLIN L-A	71	CAMILA	32	<i>cilostazol</i>	111
BIKTARVY	104	CAMZYOS	8	CIMDUO	103
<i>bimatoprost</i>	50	<i>candesartan cilexetil</i>	12	<i>cimetidine</i>	26
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>		<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	8	<i>cinacalcet hcl</i>	47
.....	25	CAPLYTA	97	CINRYZE	37
<i>bisoprolol fumarate</i>	6	CAPRELSA	90	<i>ciprofloxacin hcl</i>	51, 72, 73
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	8	<i>captopril</i>	14	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	73
BOOSTRIX	43	<i>carbamazepine</i>	75	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	51
<i>bosentan</i>	58	<i>carbamazepine er</i>	75	<i>cialopram hydrobromide</i>	79, 80
BOSULIF	90	<i>carbidopa</i>	4	CLARAVIS	20
BRAFTOVI	90	<i>carbidopa-levodopa</i>	4	<i>clarithromycin</i>	72
BREO ELLIPTA	56	<i>carbidopa-levodopa er</i>	4	<i>clarithromycin er</i>	72
BREZTRI AEROSPHERE	56	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>clindamycin hcl</i>	67
<i>briellyn</i>	29	.....	3	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	67
BRILINTA	111	<i>carglumic acid</i>	109	<i>clindamycin phosphate</i>	24, 67
<i>brimonidine tartrate</i>	48	<i>carteolol hcl</i>	48	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	67
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	48	CARTIA XT	5	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRIVIACT	76	<i>carvedilol</i>	6	(4.25/5)	108
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>		<i>carvedilol phosphate er</i>	6	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
.....	51	CAYSTON	57	.....	108
<i>bromocriptine mesylate</i>	3	<i>cefaclor</i>	69	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
BRONCHITOL	57	<i>cefadroxil</i>	69	.....	108
BRUKINSA	90	<i>cefazolin sodium</i>	69	<i>clobazam</i>	74
<i>budesonide</i>	52, 59	<i>cefdinir</i>	69	<i>clobetasol propionate</i>	21
<i>budesonide er</i>	52	<i>cefepime hcl</i>	69	<i>clobetasol propionate e</i>	21
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>		<i>cefixime</i>	69	<i>clomipramine hcl</i>	82
.....	57	<i>cefoxitin sodium</i>	69	<i>clonazepam</i>	66
<i>bumetanide</i>	13	<i>cefpodoxime proxetil</i>	69	<i>clonidine</i>	11, 12
<i>buprenorphine hcl</i>	55	<i>cefprozil</i>	69	<i>clonidine hcl</i>	11
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>ceftazidime</i>	69	<i>clonidine hcl er</i>	16
.....	55	<i>ceftriaxone sodium</i>	69, 70	<i>clopidogrel bisulfate</i>	111
<i>bupropion hcl</i>	78	<i>cefuroxime axetil</i>	70	<i>clorazepate dipotassium</i>	66
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>		<i>cefuroxime sodium</i>	70	<i>clotrimazole</i>	84
.....	55	<i>celecoxib</i>	64	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	19
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	78	<i>cephalexin</i>	70	<i>clozapine</i>	100
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	78	<i>cetirizine hcl</i>	58	COARTEM	96
<i>bupirone hcl</i>	66	<i>cevimeline hcl</i>	19	<i>codeine sulfate</i>	62
<i>butalbital-acetaminophen</i>	61	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	66	<i>colchicine</i>	56
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	61	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>		<i>colchicine-probenecid</i>	56
C		.....	79	<i>colesevelam hcl</i>	11
<i>cabergoline</i>	35	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	25	<i>colestipol hcl</i>	11
CABOMETYX	90	<i>chlorhexidine gluconate</i>	19	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	67
<i>calcipotriene</i>	19	<i>chloroquine phosphate</i>	96	COMBIVENT RESPIMAT	57

04/18/2024

COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	90	<i>desmopressin acetate</i>	33	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ...	48
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	90	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	29	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	49
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	90	<i>desonide</i>	22	.....	49
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	116	<i>desoximetasone</i>	22	DOVATO	104
COMPLERA	106	<i>desvenlafaxine er</i>	80	<i>doxazosin mesylate</i>	13
COPIKTRA	90	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	80	<i>doxepin hcl</i>	53, 82
CORLANOR.....	8	<i>dexamethasone</i>	34	DOXY 100.....	73
COSENTYX.....	37	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxycycline hyclate</i>	73
COSENTYX (300 MG DOSE)	37	<i>phosphate</i>	51	<i>doxycycline monohydrate</i> .	73, 74
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	37	<i>dexlansoprazole</i>	26	<i>dronabinol</i>	83
COSENTYX UNOREADY ...	38	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	16	DROXIA.....	87
COTELLIC.....	90	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18	<i>droxidopa</i>	12
CREON	54	<i>dextrose</i>	108	DUAVEE.....	32
<i>cromolyn sodium</i>	48, 54, 57	<i>dextrose-nacl</i>	108	<i>duloxetine hcl</i>	80
<i>cvs gauze sterile</i>	116	DIACOMIT	76	DUPIXENT	38
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	118	<i>diazepam</i>	66, 74	<i>dutasteride</i>	27
<i>cyclophosphamide</i>	86	DIAZEPAM INTENSOL.....	66	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	27
<i>cyclosporine</i>	41, 49	<i>diazoxide</i>	116	E	
<i>cyclosporine modified</i>	41	<i>diclofenac epolamine</i>	64	<i>ec-naproxen</i>	64
<i>cyproheptadine hcl</i>	58	<i>diclofenac potassium</i>	64	<i>econazole nitrate</i>	84
CYRED EQ	29	<i>diclofenac sodium</i>	19, 51, 64	EDURANT	106
CYSTAGON	54	<i>diclofenac sodium er</i>	64	<i>efavirenz</i>	106
D		<i>diclofenac-misoprostol</i>	64	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	103
<i>dalfampridine er</i>	17	<i>dicloxacillin sodium</i>	71	.....	103
<i>danazol</i>	31	<i>dicyclomine hcl</i>	26	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	103
<i>dantrolene sodium</i>	1	DIFICID	72	.....	103
<i>dapsone</i>	84	<i>diflunisal</i>	64	<i>eletriptan hydrobromide</i>	1
DAPTACEL.....	43	<i>difluprednate</i>	51	ELIGARD.....	35, 36
<i>daptomycin</i>	67, 68	<i>digoxin</i>	8	ELIQUIS.....	111
<i>darifenacin hydrobromide er</i> .	28	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>darunavir</i>	105	<i>diltiazem hcl</i>	6	PACK	111
DAURISMO.....	90	<i>diltiazem hcl er</i>	6	ELMIRON	27
DAYBUE	18	<i>diltiazem hcl er beads</i>	5	ELURYNG	29
<i>deferasirox</i>	109	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ...	5	EMGALITY	2
<i>deferiprone</i>	109	<i>dilt-xr</i>	6	EMGALITY (300 MG DOSE).	2
DELSTRIGO.....	103	<i>dimethyl fumarate</i>	17	EMSAM	79
<i>demeclocycline hcl</i>	73	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	17	<i>emtricitabine</i>	103
DEPO-SUBQ PROVERA 104	32	.....	17	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	103
DESCOVY	103	DIPENTUM	52	EMTRIVA	103
<i>desipramine hcl</i>	82	<i>diphenoxylate-atropine</i>	24	<i>enalapril maleate</i>	14
<i>desloratadine</i>	58	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> ..	43	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ..	8
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	33	<i>dipyridamole</i>	111	ENBREL.....	41
		<i>disulfiram</i>	56	ENBREL MINI	41
		<i>divalproex sodium</i>	4	ENBREL SURECLICK	41
		<i>divalproex sodium er</i>	4	ENDARI.....	54
		<i>dofetilide</i>	12	ENDOCET	62
		DOJOLVI	108	ENGERIX-B.....	44
		<i>donepezil hcl</i>	15, 16	ENILLORING	29
		<i>dorzolamide hcl</i>	48	<i>enoxaparin sodium</i>	111

ENPRESSE-28	29	<i>famotidine</i>	26	FOSAMAX PLUS D	47
ENSPRYNG	41	FANAPT	97	<i>fosamprenavir calcium</i>	105
<i>entacapone</i>	3	FANAPT TITRATION PACK		<i>fosfomycin tromethamine</i>	68
<i>entecavir</i>	107	.....	97	<i>fosinopril sodium</i>	14
ENTRESTO	8	FARXIGA	113	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	9
<i>enulose</i>	24	FASENRA	57	FOTIVDA	91
ENVARUS XR	41	FASENRA PEN	57	FRUZAQLA	91
EPIDIOLEX	76	<i>febuxostat</i>	56	FULPHILA	112
<i>epinastine hcl</i>	48	<i>felbamate</i>	76	<i>furosemide</i>	13
<i>epinephrine</i>	60, 61	<i>felodipine er</i>	5	FUZEON	106
<i>eplerenone</i>	13	<i>fenofibrate</i>	10	FYAVOLV	29
EPRONTIA	2	<i>fenofibrate micronized</i>	10	FYCOMPA	77
<i>ergoloid mesylates</i>	15	<i>fenofibric acid</i>	10	G	
<i>ergotamine-caffeine</i>	2	<i>fentanyl</i>	63	<i>gabapentin</i>	74
ERIVEDGE	90	<i>fentanyl citrate</i>	62	<i>galantamine hydrobromide</i>	16
ERLEADA	87	FETZIMA	80	<i>galantamine hydrobromide er</i>	16
<i>erlotinib hcl</i>	90	FETZIMA TITRATION	80	GAMMAGARD	40
ERRIN	32	FILSPARI	9	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
<i>ertapenem sodium</i>	71	<i>finasteride</i>	27	.....	40
<i>ery</i>	24	FINTEPLA	76	GAMMAPLEX	40
ERYTHROCIN STEARATE	72	FIRMAGON	36	GAMUNEX-C	40
<i>erythromycin</i>	24, 50, 72	FIRMAGON (240 MG DOSE)		GARDASIL 9	44
<i>erythromycin base</i>	72	.....	36	<i>gatifloxacin</i>	50
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	72	<i>flavoxate hcl</i>	28	GAVILYTE-C	25
<i>escitalopram oxalate</i>	80	<i>flecainide acetate</i>	12	GAVRETO	91
<i>esomeprazole magnesium</i>	26	<i>fluconazole</i>	85	<i>gefitinib</i>	91
ESTARYLLA	29	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>gemfibrozil</i>	10
<i>estazolam</i>	53	.....	84	<i>generlac</i>	25
<i>estradiol</i>	32	<i>flucytosine</i>	85	<i>gentamicin in saline</i>	67
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	29	<i>fludrocortisone acetate</i>	34	<i>gentamicin sulfate</i>	50, 67
<i>eszopiclone</i>	53	<i>flunisolide</i>	59	GENVOYA	104
<i>ethambutol hcl</i>	84	<i>fluocinolone acetonide</i>	22, 51	GILOTRIF	91
<i>ethosuximide</i>	76	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	22	<i>glatiramer acetate</i>	17
<i>etodolac</i>	64	<i>fluocinonide</i>	22	GLEOSTINE	86
<i>etodolac er</i>	64	<i>fluocinonide emulsified base</i> ..	22	<i>glimpiride</i>	113
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	29	<i>fluorometholone</i>	51	<i>glipizide</i>	113
<i>etravirine</i>	106	<i>fluorouracil</i>	19	<i>glipizide er</i>	113
EUTHYROX	35	<i>fluoxetine hcl</i>	80, 81	<i>glipizide-metformin hcl</i>	113
<i>everolimus</i>	41, 90, 91	<i>fluphenazine decanoate</i>	100	<i>global alcohol prep ease</i>	19
EVOTAZ	105	<i>fluphenazine hcl</i>	100, 101	GLUCAGEN HYPOKIT	116
EVRYSDI	18	<i>flurbiprofen</i>	64	<i>glucagon emergency</i>	116
EXEL COMFORT POINT PEN		<i>flurbiprofen sodium</i>	51	<i>glyburide</i>	113
NEEDLE	116	<i>fluticasone propionate</i>	22, 59	<i>glyburide micronized</i>	113
<i>exemestane</i>	89	<i>fluticasone propionate hfa</i>	59	<i>glyburide-metformin</i>	113
EXKIVITY	91	<i>fluvastatin sodium</i>	10	<i>glycopyrrolate</i>	26
<i>ezetimibe</i>	11	<i>fluvastatin sodium er</i>	10	GLYXAMBI	113
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	11	<i>fluvoxamine maleate</i>	81	<i>granisetron hcl</i>	83
F		<i>fluvoxamine maleate er</i>	81	<i>griseofulvin microsize</i>	85
<i>famciclovir</i>	102	<i>fondaparinux sodium</i>	111	<i>griseofulvin ultramicrosized</i>	85

04/18/2024

<i>guanfacine hcl er</i>	16	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	62	INTRAROSA	29
H		<i>hydrocortisone</i>	23, 34, 52	INVEGA HAFYERA.....	97, 98
<i>halobetasol propionate</i>	22	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	22	INVEGA SUSTENNA.....	98
HALOETTE.....	29	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	19	INVEGA TRINZA	98
<i>haloperidol</i>	101	<i>hydrocortisone butyrate</i> ...	22, 23	IPOL	44
<i>haloperidol decanoate</i>	101	<i>hydrocortisone valerate</i>	23	<i>ipratropium bromide</i>	60
<i>haloperidol lactate</i>	101	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	52	<i>ipratropium-albuterol</i>	57
HAVRIX	44	<i>hydromorphone hcl</i>	62	<i>irbesartan</i>	12
HEATHER	32	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	96	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	9
<i>heparin sodium (porcine)</i>	111	<i>hydroxyurea</i>	87	ISENTRESS	104
HEPLISAV-B.....	44	<i>hydroxyzine hcl</i>	66	ISENTRESS HD	104
HIBERIX.....	44	<i>hydroxyzine pamoate</i>	66	ISIBLOOM.....	29
HUMALOG	116	HYFTOR	23	ISOLYTE-P IN D5W	108
HUMALOG JUNIOR		I		ISOLYTE-S PH 7.4.....	109
KWIKPEN	116	<i>ibandronate sodium</i>	47	<i>isoniazid</i>	84
HUMALOG KWIKPEN	116	IBRANCE	91	<i>isosorbide dinitrate</i>	14
HUMALOG MIX 50/50		IBU	64	<i>isosorbide mononitrate</i>	14
KWIKPEN	116	<i>ibuprofen</i>	65	<i>isosorbide mononitrate er</i>	14
HUMALOG MIX 75/25.....	116	<i>icatibant acetate</i>	37	<i>isotretinoin</i>	20
HUMALOG MIX 75/25		ICLUSIG	91	<i>isradipine</i>	5
KWIKPEN	116	<i>icosapent ethyl</i>	11	<i>itraconazole</i>	85
HUMALOG TEMPO PEN ..	117	IDHIFA	87	<i>ivermectin</i>	96
HUMIRA (2 PEN)	41	ILEVRO	51	IWILFIN.....	88
HUMIRA (2 SYRINGE)..	41, 42	<i>imatinib mesylate</i>	91	IXIARO	44
HUMIRA-CD/UC/HS		IMBRUVICA	91	J	
STARTER	42	<i>imipenem-cilastatin</i>	72	JAKAFI	91
HUMIRA-PED<40KG		<i>imipramine hcl</i>	82	JANTOVEN	111
CROHNS STARTER.....	42	<i>imipramine pamoate</i>	82	JANUMET	113
HUMIRA-PED>/=40KG		<i>imiquimod</i>	19	JANUMET XR.....	113
CROHNS START	42	IMOVAX RABIES	44	JANUVIA.....	113
HUMIRA-PED>/=40KG UC		INCASSIA.....	32	JARDIANCE.....	113
STARTER	42	INCRELEX	33	JASMIEL.....	29
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		<i>indapamide</i>	13	JAYPIRCA.....	92
STARTER	42	<i>indomethacin</i>	65	JENTADUETO	114
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		<i>indomethacin er</i>	65	JENTADUETO XR.....	114
STARTER	42	INFANRIX.....	44	JINTELI.....	29
HUMULIN 70/30.....	117	INLYTA	91	JOENJA	38
HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INQOVI.....	87	JUBLIA	85
.....	117	INREBIC	91	JULUCA.....	103
HUMULIN N	117	<i>insulin glargine</i>	117	JYNNEOS	44
HUMULIN N KWIKPEN....	117	<i>insulin glargine max solostar</i>	117	K	
HUMULIN R	117	<i>insulin glargine solostar</i>	117	KALYDECO	57
HUMULIN R U-500		<i>insulin lispro</i>	117	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	109
(CONCENTRATED).....	117	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	117	<i>kcl-lactated ringers-d5w</i>	109
HUMULIN R U-500		<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	117	KERENDIA.....	13
KWIKPEN	117	<i>insulin lispro prot & lispro</i> ...	117	<i>ketoconazole</i>	85
<i>hydralazine hcl</i>	14	INTELENCE.....	106	<i>ketoprofen</i>	65
<i>hydrochlorothiazide</i>	13			<i>ketorolac tromethamine</i>	51, 65
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .	62			KINERET	42

04/18/2024

KINRIX.....	44	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	92	LUMAKRAS.....	88
KISQALI (200 MG DOSE) ...	92	<i>letrozole</i>	89	LUMIGAN	50
KISQALI (400 MG DOSE) ...	92	<i>leucovorin calcium</i>	88	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	36
KISQALI (600 MG DOSE) ...	92	LEUKERAN	86	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	36
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	88	LEUKINE.....	112	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	36
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	88	<i>leuprolide acetate</i>	36	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	36
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	88	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	36	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	36
KORLYM.....	116	<i>levalbuterol hcl</i>	61	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	36
KOSELUGO	92	<i>levalbuterol tartrate</i>	61	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	36
KRAZATI	88	<i>levetiracetam</i>	77	<i>lurasidone hcl</i>	98
L		<i>levetiracetam er</i>	77	LUTERA	30
<i>labetalol hcl</i>	6	<i>levobunolol hcl</i>	48	LYBALVI.....	98
<i>lacosamide</i>	75	<i>levocarnitine</i>	108	LYLEQ.....	32
<i>lactulose</i>	25	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> ..	59	LYNPARZA.....	88
LAGEVRIO	101	<i>levofloxacin</i>	50, 73	LYSODREN.....	87
<i>lamivudine</i>	103, 107	<i>levofloxacin in d5w</i>	73	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	93
<i>lamivudine-zidovudine</i>	103	LEVONEST	29	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	93
<i>lamotrigine</i>	77	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	29	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	93
<i>lamotrigine er</i>	77	LEVO-T.....	35	LYZA	32
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	77	<i>levothyroxine sodium</i>	35	M	
<i>lamotrigine starter kit-green</i> ..	77	LEVOXYL	35	<i>magnesium sulfate</i>	109
<i>lamotrigine starter kit-orange</i> ..	77	LEXIVA	105	<i>malathion</i>	24
LAMPIT	96	<i>lidocaine</i>	65	<i>maraviroc</i>	106
<i>lansoprazole</i>	26	<i>lidocaine hcl</i>	65	MARPLAN.....	79
<i>lanthanum carbonate</i>	108	<i>lidocaine viscous hcl</i>	65	MATULANE.....	86
LANTUS	118	<i>lidocaine-prilocaine</i>	65	MAVYRET	107
LANTUS SOLOSTAR	118	<i>linezolid</i>	68	MAYZENT.....	17
<i>lapatinib ditosylate</i>	92	LINZESS	25	MAYZENT STARTER PACK	17
<i>latanoprost</i>	50	<i>liothyronine sodium</i>	35	<i>meclizine hcl</i>	82
<i>leflunomide</i>	38	<i>lisinopril</i>	14	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ..	32
<i>lenalidomide</i>	86	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	9	<i>mefloquine hcl</i>	96
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	92	<i>lithium</i>	5	<i>megestrol acetate</i>	33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	92	<i>lithium carbonate</i>	5	MEKINIST	93
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	92	<i>lithium carbonate er</i>	4	MEKTOVI.....	93
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	92	LOKELMA	109	<i>meloxicam</i>	65
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	92	LONSURF.....	88	<i>memantine hcl</i>	15
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	92	<i>loperamide hcl</i>	24	<i>memantine hcl er</i>	15
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	92	<i>lopinavir-ritonavir</i>	105	MENACTRA.....	44
		<i>lorazepam</i>	67		
		LORAZEPAM INTENSOL ...	66		
		LORBRENA	92		
		LORYNA	29		
		<i>losartan potassium</i>	12		
		<i>losartan potassium-hctz</i>	9		
		<i>loteprednol etabonate</i>	51		
		<i>lovastatin</i>	10		
		<i>loxapine succinate</i>	101		
		<i>lubiprostone</i>	25		

MENEST.....	32	<i>molindone hcl</i>	101	<i>nifedipine er</i>	5
MENQUADFI.....	44	<i>mometasone furoate</i>	23, 59	<i>nifedipine er osmotic release</i>	5
MENVEO.....	44	<i>montelukast sodium</i>	59, 60	NIKKI.....	30
<i>meprobamate</i>	66	<i>morphine sulfate</i>	63	<i>nilutamide</i>	87
<i>mercaptapurine</i>	87	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	.....	NINLARO.....	88
<i>meropenem</i>	72	.....	62	<i>nisoldipine er</i>	5
<i>mesalamine</i>	52	<i>morphine sulfate er</i>	64	<i>nitazoxanide</i>	96
<i>mesalamine er</i>	52	MOVANTIK.....	25	NITRO-BID.....	15
MESNEX.....	88	<i>moxifloxacin hcl</i>	50, 73	NITRO-DUR.....	15
<i>metaxalone</i>	118	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	73	<i>nitrofurantoin</i>	68
<i>metformin hcl</i>	114	MULTAQ.....	12	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	68
<i>metformin hcl er</i>	114	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	109	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	.....
<i>methadone hcl</i>	63, 64	<i>mupirocin</i>	24	.....	68
<i>methazolamide</i>	49	<i>mupirocin calcium</i>	24	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>methenamine hippurate</i>	68	<i>mycophenolate mofetil</i>	42	<i>nizatidine</i>	26
<i>methimazole</i>	37	<i>mycophenolate sodium</i>	42	NORA-BE.....	33
<i>methocarbamol</i>	118	MYRBETRIQ.....	28	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	30
<i>methotrexate sodium</i>	42	N		<i>norethindrone</i>	33
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	42	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	25	<i>norethindrone acetate</i>	33
<i>methsuximide</i>	76	<i>nabumetone</i>	65	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	30
<i>methylphenidate hcl</i>	17	<i>nadolol</i>	7	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	30
<i>methylphenidate hcl er</i>	16, 17	<i>nafcillin sodium</i>	71	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	30
<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> ..	16	<i>naloxone hcl</i>	55	NORTREL 1/35 (21).....	30
<i>methylprednisolone</i>	34	<i>naltrexone hcl</i>	56	NORTREL 1/35 (28).....	30
<i>metoclopramide hcl</i>	25	NAMZARIC.....	15	NORTREL 7/7/7.....	30
<i>metolazone</i>	14	<i>naproxen</i>	65	<i>nortriptyline hcl</i>	82
<i>metoprolol succinate er</i>	7	<i>naproxen sodium</i>	65	NORVIR.....	105
<i>metoprolol tartrate</i>	7	<i>naratriptan hcl</i>	1	NOXAFIL.....	85
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	.....	NATACYN.....	50	NUBEQA.....	87
.....	9	<i>nateglinide</i>	114	NUDEXTA.....	18
<i>metronidazole</i>	68	NAYZILAM.....	74	NUPLAZID.....	98
<i>metyrosine</i>	9	<i>nebivolol hcl</i>	7	NUTRILIPID.....	108
<i>mexiletine hcl</i>	12	<i>nefazodone hcl</i>	81	NYLIA 1/35.....	30
<i>micafungin sodium</i>	85	<i>neomycin sulfate</i>	67	NYLIA 7/7/7.....	30
<i>miconazole 3</i>	85	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	.....	NYMYO.....	30
<i>midazolam hcl</i>	53	.....	50	<i>nystatin</i>	85
<i>midazolam hcl (pf)</i>	53	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	.....	<i>nystatin-triamcinolone</i>	20
<i>midodrine hcl</i>	12	.....	49	O	
<i>mifepristone</i>	116	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	.....	<i>octreotide acetate</i>	36
<i>miglitol</i>	114	.....	49	ODEFSEY.....	103
<i>miglustat</i>	54	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	49, 52	ODOMZO.....	93
MILI.....	30	NERLYNX.....	93	OFEV.....	56
<i>minocycline hcl</i>	74	NEUPRO.....	3	<i>ofloxacin</i>	50, 52, 73
<i>minoxidil</i>	14	<i>nevirapine</i>	106	OGSIVEO.....	86
<i>mirtazapine</i>	79	<i>nevirapine er</i>	106	OJJAARA.....	93
<i>misoprostol</i>	26	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	11	<i>olanzapine</i>	98, 99
M-M-R II.....	44	<i>nicardipine hcl</i>	5	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	79
<i>modafinil</i>	53	NICOTROL.....	55	<i>olmesartan medoxomil</i>	12
<i>moexipril hcl</i>	14	NICOTROL NS.....	55	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	9

04/18/2024

<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	9	<i>pentamidine isethionate</i>	96	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	34, 51
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	11	<i>pentoxifylline er</i>	9	<i>prednisone</i>	34
<i>omeprazole</i>	26	<i>perindopril erbumine</i>	14	PREDNISONE INTENSOL...34	
OMNITROPE.....	33	PERIOGARD	19	<i>preferred plus insulin syringe</i>	118
<i>ondansetron</i>	83	<i>permethrin</i>	24	<i>pregabalin</i>	17
<i>ondansetron hcl</i>	83	<i>perphenazine</i>	101	PREHEVBRIO	45
ONUREG	87	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ...	79	PREMARIN	32
OPSUMIT	58	PERSERIS.....	99	PREMPHASE.....	30
ORENCIA	38	<i>phenelzine sulfate</i>	79	PREMPRO	30
ORENCIA CLICKJECT	38	<i>phenobarbital</i>	77	<i>prenatal</i>	108
ORGOVYX.....	88	<i>phenytoin</i>	76	PREVALITE	11
ORKAMBI.....	57	<i>phenytoin sodium extended</i> ...	76	PREVYMIS.....	101
<i>orphenadrine citrate er</i>	118	PIFELTRO	106	PREZCOBIX.....	105
ORSERDU	87	<i>pilocarpine hcl</i>	19, 49	PREZISTA	105
<i>oseltamivir phosphate</i>	102	<i>pimecrolimus</i>	23	PRIFTIN.....	84
OSPHENA	30	<i>pimozide</i>	101	<i>primaquine phosphate</i>	97
OTEZLA	43	<i>pindolol</i>	7	<i>primidone</i>	77
<i>oxaprozin</i>	65	<i>pioglitazone hcl</i>	114	PRIORIX	45
<i>oxcarbazepine</i>	75	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .114		PROAIR RESPICLICK.....	61
<i>oxybutynin chloride</i>	28	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	114, 115	<i>probenecid</i>	56
<i>oxybutynin chloride er</i>	28	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	71	<i>prochlorperazine</i>	83
<i>oxycodone hcl</i>	63	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	93	<i>prochlorperazine maleate</i>	82
<i>oxycodone hcl er</i>	64	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	93	PROCTO-MED HC.....	23
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	63	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	93	PROCTOSOL HC	23
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	114	<i>pirfenidone</i>	56	PROCTOZONE-HC.....	23
OZEMPIC (1 MG/DOSE)....	114	<i>piroxicam</i>	65	<i>progesterone</i>	33
OZEMPIC (2 MG/DOSE)....	114	<i>pitavastatin calcium</i>	10	PROGRAF.....	43
P		PLASMA-LYTE A	109	PROLASTIN-C	54
<i>paliperidone er</i>	99	<i>podofilox</i>	20	PROLIA.....	47
PANRETIN	20	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	49	PROMACTA.....	112
<i>pantoprazole sodium</i>	26	POMALYST	86	<i>promethazine hcl</i>	83
<i>paricalcitol</i>	47	<i>posaconazole</i>	85	PROMETHEGAN.....	83
<i>paroxetine hcl</i>	81	<i>potassium chloride</i>	110	<i>propafenone hcl</i>	12
<i>paroxetine hcl er</i>	81	<i>potassium chloride crys er</i> ..	109, 110	<i>propranolol hcl</i>	2, 7
PAXLOVID (150/100).....	101	<i>potassium chloride er</i>	110	<i>propranolol hcl er</i>	2, 7
PAXLOVID (300/100).....	101	<i>potassium chloride in nacl</i> ...	110	<i>propylthiouracil</i>	37
PEDIARIX	44	<i>potassium citrate er</i>	110	PROQUAD.....	45
PEDVAX HIB.....	45	<i>potassium cl in dextrose 5%</i> .110		<i>protriptyline hcl</i>	82
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	25	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ...	3	PULMOZYME.....	58
<i>peg-3350/electrolytes</i>	25	<i>pravastatin sodium</i>	10	PURIXAN	87
PEGASYS	39, 40	<i>prazosin hcl</i>	13	<i>pyrazinamide</i>	84
PEMAZYRE	93	<i>prednisolone</i>	34	<i>pyridostigmine bromide</i>	1
PENBRAYA	45	<i>prednisolone acetate</i>	51	<i>pyridostigmine bromide er</i>	1
<i>penicillamine</i>	27			<i>pyrimethamine</i>	97
<i>penicillin g potassium</i>	71			Q	
<i>penicillin g sodium</i>	71			QINLOCK	93
<i>penicillin v potassium</i>	71			QUADRACEL	45
PENTACEL	45				

04/18/2024

<i>quetiapine fumarate</i>	99	ROCKLATAN	49	SOLTAMOX.....	87
<i>quetiapine fumarate er</i>	99	<i>roflumilast</i>	61	SOMAVERT	36, 37
<i>quinapril hcl</i>	14	<i>ropinirole hcl</i>	3	<i>sorafenib tosylate</i>	94
<i>quinidine sulfate</i>	12	<i>ropinirole hcl er</i>	3	<i>sotalol hcl</i>	13
<i>quinine sulfate</i>	97	<i>rosuvastatin calcium</i>	10	<i>sotalol hcl (af)</i>	12
R		ROTARIX	45	SPIRIVA RESPIMAT	60
RABAVERT	45	ROTATEQ	45	<i>spironolactone</i>	13
<i>raloxifene hcl</i>	47	ROZLYTREK	93, 94	<i>spironolactone-hctz</i>	9
<i>ramelteon</i>	53	RUBRACA.....	94	SPRINTEC 28	30
<i>ramipril</i>	14	<i>rufinamide</i>	76	SPRITAM.....	77, 78
<i>ranolazine er</i>	9	RUKOBIA.....	106	SPRYCEL.....	94
<i>rasagiline mesylate</i>	4	RYBELSUS.....	115	SPS	109
RAVICTI.....	54	RYDAPT	94	SRONYX.....	30
RECLIPSEN.....	30	RYTARY.....	4	SSD.....	20
RECOMBIVAX HB	45	S		STELARA	39
RECTIV	15	SANDIMMUNE	43	STIOLTO RESPIMAT.....	57
REGRANEX	20	SANTYL	20	STIVARGA.....	94
RELENZA DISKHALER	102	<i>sapropterin dihydrochloride</i> ...54		<i>streptomycin sulfate</i>	67
RELI-ON INSULIN SYRINGE		SAVELLA.....	18	STRIBILD	104
.....	118	SAVELLA TITRATION PACK		<i>sucrafate</i>	26, 27
<i>repaglinide</i>	115	.....	18	<i>sulfacetamide sodium</i>	50
REPATHA	11	SCSEMBLIX.....	94	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..73	
REPATHA PUSHTRONEX		<i>scopolamine</i>	83	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>....49	
SYSTEM.....	11	SECUADO	99	<i>sulfadiazine</i>	73
REPATHA SURECLICK	11	<i>selegiline hcl</i>	4	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
RESTASIS	49	<i>selenium sulfide</i>	23	.....	73
RESTASIS MULTIDOSE	49	SELZENTRY	106	<i>sulfasalazine</i>	52
RETACRIT	112	SEREVENT DISKUS	61	<i>sulindac</i>	65
RETEVMO.....	93	<i>sertraline hcl</i>	81	<i>sumatriptan succinate</i>	1, 2
REVLIMID	86	<i>sevelamer carbonate</i>	108, 109	<i>sunitinib malate</i>	94
REXULTI.....	99	SHAROBEL.....	33	SUNLENCA.....	106, 107
REYATAZ	105	SHINGRIX.....	45	SUTAB	25
REZLIDHIA.....	93	SIGNIFOR.....	36	SYMLINPEN 120	115
REZUROCK	43	<i>sildenafil citrate</i>	58, 107	SYMLINPEN 60	115
RHOPRESSA.....	49	<i>silodosin</i>	27	SYMPAZAN	74
<i>ribavirin</i>	107	<i>silver sulfadiazine</i>	20	SYMTUZA.....	104
<i>rifabutin</i>	84	SIMBRINZA	49	SYNAREL.....	37
<i>rifampin</i>	84	<i>simvastatin</i>	10	SYNJARDY	115
<i>riluzole</i>	18	<i>sirolimus</i>	43	SYNJARDY XR.....	115
<i>rimantadine hcl</i>	102	SIRTURO.....	84	SYNTHROID	35
RINVOQ	38	SKYRIZI	38	T	
<i>risedronate sodium</i>	47	SKYRIZI PEN.....	38	TABLOID.....	87
RISPERDAL CONSTA	99	<i>sodium chloride</i>	110	TABRECTA.....	94
<i>risperidone</i>	99	<i>sodium fluoride</i>	110	<i>tacrolimus</i>	23, 43
<i>ritonavir</i>	105	<i>sodium oxybate</i>	53	<i>tadalafil</i>	27
<i>rivastigmine</i>	16	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 109		TAFINLAR	94
<i>rivastigmine tartrate</i>	16	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	107	TAGRISSO.....	94
RIVFLOZA	27	SOHONOS	54	TALZENNA.....	94
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	SOLQUA	118	<i>tamoxifen citrate</i>	87

04/18/2024

<i>tamsulosin hcl</i>	27	<i>tolterodine tartrate er</i>	28	TRULICITY.....	115
TASIGNA.....	94	<i>topiramate</i>	2	TRUMENBA.....	46
<i>tazarotene</i>	20	<i>topiramate er</i>	2	TRUQAP.....	94
TAZORAC.....	20	<i>toremifene citrate</i>	87	TUKYSA.....	95
TAZTIA XT.....	6	<i>torsemide</i>	13	TURALIO.....	95
TAZVERIK.....	94	TOUJEO MAX SOLOSTAR		TWINRIX.....	46
TDVAX.....	45	.....	118	TYBOST.....	107
TEFLARO.....	70	TOUJEO SOLOSTAR.....	118	TYMLOS.....	47
<i>telmisartan</i>	12	TPN ELECTROLYTES.....	108	TYPHIM VI.....	46
<i>telmisartan-amlodipine</i>	9	TRADJENTA.....	115	U	
<i>telmisartan-hctz</i>	9	<i>tramadol hcl</i>	63	UBRELVY.....	2
<i>temazepam</i>	53	<i>tramadol hcl (er biphasic)</i>	64	UNITHROID.....	35
TENIVAC.....	45	<i>tramadol hcl er</i>	64	<i>ursodiol</i>	25
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tramadol-acetaminophen</i>	63	V	
.....	103	<i>trandolapril</i>	14	<i>valacyclovir hcl</i>	102
TEPMETKO.....	94	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> ...9		VALCHLOR.....	86
<i>terazosin hcl</i>	13	<i>tranexamic acid</i>	112	<i>valganciclovir hcl</i>	102
<i>terbinafine hcl</i>	85	<i>tranylcypromine sulfate</i>	79	<i>valproic acid</i>	78
<i>terbutaline sulfate</i>	61	TRAVASOL.....	108	<i>valsartan</i>	12
<i>terconazole</i>	85	<i>travoprost (bak free)</i>	50	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	9
<i>teriparatide (recombinant)</i>	47	<i>trazodone hcl</i>	81	VALTOCO 10 MG DOSE.....	75
<i>testosterone</i>	31	TRECTOR.....	84	VALTOCO 15 MG DOSE.....	75
<i>testosterone cypionate</i>	31	TRELEGY ELLIPTA.....	57	VALTOCO 20 MG DOSE.....	75
<i>testosterone enanthate</i>	31	TRELSTAR MIXJECT.....	37	VALTOCO 5 MG DOSE.....	75
<i>tetrabenazine</i>	18	<i>tretinoin</i>	20, 96	<i>vancomycin hcl</i>	68
<i>tetracycline hcl</i>	74	<i>triamcinolone acetonide</i> ...19, 23		VANDAZOLE.....	68
THALOMID.....	86	<i>triamterene-hctz</i>	9	VANFLYTA.....	95
<i>theophylline</i>	61	<i>trientine hcl</i>	109	VAQTA.....	46
<i>theophylline er</i>	61	TRI-ESTARYLLA.....	30	<i>varденаfil hcl</i>	107
<i>thioridazine hcl</i>	101	<i>trifluoperazine hcl</i>	101	<i>varenicline tartrate</i>	55
<i>thiothixene</i>	101	<i>trifluridine</i>	102	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ...55	
TIADYLT ER.....	6	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	3	VARIVAX.....	46
<i>tiagabine hcl</i>	74	TRIJARDY XR.....	115	VASCEPA.....	11
TIBSOVO.....	94	TRIKAFTA.....	58	VEMLIDY.....	107
TICOVAC.....	45	TRI-LEGEST FE.....	31	VENCLEXTA.....	95
<i>tigecycline</i>	68	<i>trimethobenzamide hcl</i>	83	VENCLEXTA STARTING	
TILIA FE.....	30	<i>trimethoprim</i>	68	PACK.....	95
<i>timolol maleate</i>	7, 48	TRI-MILI.....	31	<i>venlafaxine besylate er</i>	81
<i>tinidazole</i>	68	<i>trimipramine maleate</i>	82	<i>venlafaxine hcl</i>	82
<i>tiotropium bromide</i>		TRINTELLIX.....	81	<i>venlafaxine hcl er</i>	81, 82
<i>monohydrate</i>	60	TRI-NYMYO.....	31	<i>verapamil hcl</i>	6
TIVICAY.....	104	TRI-SPRINTEC.....	31	<i>verapamil hcl er</i>	6
TIVICAY PD.....	104	TRIUMEQ.....	107	VERQUOVO.....	10
<i>tizanidine hcl</i>	1	TRIUMEQ PD.....	107	VERSACLOZ.....	100
TOBI PODHALER.....	58	TRIVORA (28).....	31	VERZENIO.....	95
<i>tobramycin</i>	50, 58	TRIZIVIR.....	104	VESTURA.....	31
<i>tobramycin sulfate</i>	67	TROPHAMINE.....	108	<i>vigabatrin</i>	75
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	49	<i>trospium chloride</i>	28	VIGADRONE.....	75
<i>tolterodine tartrate</i>	28	<i>trospium chloride er</i>	28	VIGPODER.....	75

04/18/2024

VIJOICE.....	54	XELJANZ	39	YONSA	87
<i>vilazodone hcl</i>	82	XELJANZ XR.....	39	YUVAFEM	32
VIRACEPT	105	XERMELO.....	24	Z	
VIREAD.....	104	XGEVA	47	<i>zafirlukast</i>	60
VITRAKVI.....	95	XIFAXAN.....	68, 69	<i>zaleplon</i>	53
VIZIMPRO.....	95	XIGDUO XR.....	115	ZARXIO.....	112
VONJO.....	95	XIIDRA.....	51	ZEJULA	95
<i>voriconazole</i>	85, 86	XOFLUZA (40 MG DOSE).102		ZELBORAF	95
VOSEVI.....	107	XOFLUZA (80 MG DOSE).102		ZEMDRI.....	67
VOTRIENT.....	95	XOLAIR.....	39	ZENATANE.....	20
VRAYLAR.....	100	XOSPATA.....	95	ZENPEP	54
VYFEMLA.....	31	XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zidovudine</i>	104
W		WEEKLY).....	88	ZIEXTENZO.....	112
<i>warfarin sodium</i>	111	XPOVIO (40 MG ONCE		ZILBRYSQ.....	39
WELIREG.....	88	WEEKLY).....	88	ZIMHI.....	55
WIXELA INHUB	57	XPOVIO (40 MG TWICE		<i>ziprasidone hcl</i>	100
X		WEEKLY).....	88	<i>ziprasidone mesylate</i>	100
XALKORI.....	95	XPOVIO (60 MG ONCE		ZOKINVY	54
XARELTO	112	WEEKLY).....	89	ZOLINZA.....	89
XARELTO STARTER PACK		XPOVIO (60 MG TWICE		<i>zolmitriptan</i>	2
.....	112	WEEKLY).....	89	<i>zolpidem tartrate</i>	53
XATMEP	88	XPOVIO (80 MG ONCE		ZONISADE	76
XCOPRI.....	78	WEEKLY).....	89	<i>zonisamide</i>	76
XCOPRI (250 MG DAILY		XPOVIO (80 MG TWICE		ZOVIA 1/35 (28).....	31
DOSE).....	78	WEEKLY).....	89	ZTALMY	78
XCOPRI (350 MG DAILY		XTANDI.....	87	ZURZUVAE.....	79
DOSE).....	78	Y		ZYDELIG.....	96
XDEMVY	51	YF-VAX.....	46	ZYKADIA.....	96

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

Este formulario se actualizó en 04/18/2024. 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)



1.866.627.8183
(libre de costo)



1.866.627.8182
TTY (audioimpedidos)



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.