



FORMULARIO PARA 2024

(LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS)

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

FORMULARY ID 24452, VERSION 11

ASTIVA HEALTH SERVICIO AL MIEMBRO
1-866-688-9021 (TTY: 711)

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

MESA DE ASISTENCIA DE FARMACIA
1-833-697-6561

Horas de operación:
24 horas al día, 7 días a la semana

ESTE FORMULARIO SE ACTUALIZÓ EL **05/01/2024**. PARA CONSULTAR UN LISTADO COMPLETO O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON ASTIVA HEALTH, INC'S DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL MIEMBRO AL 1-866-688-9021. (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711), DE 8:00AM A 8:00PM, SIETE DÍAS A LA SEMANA DE OCTUBRE 1 - MARZO 31, Y 8:00AM A 8:00PM DE LUNES- VIERNES, EXCEPTO FESTIVOS IMPORTANTES DE ABRIL 1- SEPTIEMBRE 30 8:00AM A 8:00PM, O VISITE WWW.ASTIVAHEALTH.COM.

H1993_FORMULARY_2024_CSP

Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Astiva Health, Inc.. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Astiva Health Savings Plan (HMO) 001, Astiva Health Premier Plan (HMO) 010, o Astiva Health C-SNP Deluxe (HMO C-SNP) 007, o Astiva Health C-SNP WOW (HMO C-SNP) 008.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el **04/01/2024**. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

Modelo de Formulario de la Parte D para 2024 completo

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

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el **02/01/2024**. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Astiva Health, Inc. comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En el evento de cambios que no son de mantenimiento al formulario durante todo el año, Astiva Health, Inc. puede hacer cambios a través de hojas de erratas enviado por correo a usted.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

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

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 94. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

Modelo de Formulario de la Parte D para 2024 completo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Astiva Health, Inc.

El Formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Astiva Health, Inc. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 94`.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, IBU ORAL TABLET) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, ibuprofen oral tablet).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Astiva Health, Inc tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

La leyenda

1: Medicamentos genericos preferidos

2: Medicamentos genericos

3: Medicamentos demarca preferidos

4: Medicamentos no preferidos

5: Medicamentos de especialidad

6: Medicamentos de atención selecta

BvD: Parte B vs Parte D- este medicamento puede tener cobertura de la Parte B o D de Medicare, segun las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar una determinacion.

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

Modelo de Formulario de la Parte D para 2024 completo

GC: Cobertura de brecha- proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta en la brecha de cobertura. Consulte nuestra libro de Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

MO: El pedido por correo es elegible- Esta receta también puede estar disponible por correo.

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

QL: Limite de cantidad- Hay un límite en la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un período de tiempo específico.

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

Astiva CSNP 2024 6-Tier (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Lista de medicamentos por condición médica

AGENTES ANTIESPASTICIDAD	11
AGENTES ANTIMIASTENICOS	11
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	11
AGENTES ANTIPARKINSON	12
AGENTES BIPOLARES	13
AGENTES CARDIOVASCULARES	13
AGENTES DE ANTIDEMENCIA	21
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	22
AGENTES DENTALES Y ORALES	24
AGENTES DERMATOLÓGICOS	24
AGENTES GASTROINTESTINALES	28
AGENTES GENITOURINARIOS	30
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/ MODIFICADORES)	31
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (PITUITARIA)	37
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (SUPRARRENALES)	37
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)	38
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)	38
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)	40
AGENTES INMUNOLÓGICOS	40
AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA	46
AGENTES OFTÁLMICOS	47
AGENTES ÓTICOS	50
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA	50
AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO	51
AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	51
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS/ANTI-ADICCIÓN	52
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA	53
AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO	54
ANALGÉSICOS	58
ANESTÉSICOS	60
ANSIOLÍTICOS	60

ANTIBACTERIANOS	61
ANTICONVULSIVOS	67
ANTIDEPRESIVOS	70
ANTIEMÉTICOS	73
ANTIMICOBACTERIANOS	74
ANTIMICÓTICOS	74
ANTINEOPLÁSICOS	76
ANTIPARASITARIOS	84
ANTIPSICÓTICOS	85
ANTIVIRALES	88
DROGAS EXCLUÍDAS	92
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS	93
PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE	96
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE	97
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO	102

La leyenda

1: Medicamentos genericos preferidos

2: Medicamentos genericos

3: Medicamentos demarca preferidos

4: Medicamentos no preferidos

5: Medicamentos de especialidad

6: Medicamentos de atención selecta

BvD: Algunos medicamentos pueden tener cobertura de la Parte B o D de Medicare, segun las circunstancias.

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

GC: Cobertura de brecha: proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta en la brecha de cobertura. Consulte nuestra libro de Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

MO: El pedido por correo es elegible.

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

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

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

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
<i>Agentes Antiespasticidad</i>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; GC
AGENTES ANTIMIASTENICOS		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; GC
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
<i>Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)</i>		
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	MO; GC; QL (9 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	4	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC; QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	2	MO; GC; QL (4 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	2	MO; GC; QL (4 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	2	MO; GC; QL (4 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (6 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (6 EA per 30 days)
<i>Alcaloides Del Ergot</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	5	
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	2	MO; GC; QL (40 EA per 28 days)
<i>Profiláctico</i>		
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; MO
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	2	MO; GC
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	6	MO; GC
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	MO; GC
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA; QL (16 EA per 30 days)

AGENTES ANTIPARKINSON

Agentes Antiparkinsonianos, Otros

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	MO; GC
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	MO; GC
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	MO; GC

Agonistas De La Dopamina

<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	2	MO; GC
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	4	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC

Anticolinérgicos

<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO; GC
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	MO; GC
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC

Inhibidores De La Monoaminoxidasa B (Mao-B)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>Precusores De Dopamina Y/O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos</i>		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	MO; GC
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	5	PA
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	4	ST
AGENTES BIPOLARES		
<i>Estabilizadores Del Estado De Ánimo</i>		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	2	MO; GC
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	MO; GC
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO; GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO; GC
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	2	MO; GC
AGENTES CARDIOVASCULARES		
<i>Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	MO; GC
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	MO; GC
<i>Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas</i>		
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	MO; GC
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	MO; GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 90 mg</i>	2	MO; GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; GC
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	2	MO; GC
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	MO; GC
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	6	MO; GC
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO; GC
<i>Agentes Bloqueantes Beta-Adrenérgicos</i>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	6	MO; GC
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	6	MO; GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	MO; GC
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	MO; GC
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	6	MO; GC
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	6	MO; GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	MO; GC
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
<i>nebivolol hcl oral tablet 2.5 mg</i>	6	MO; GC
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg</i>	2	MO; GC
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	6	MO; GC
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>Agentes Cardiovasculares, Otros</i>		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO; GC
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	6	MO; GC
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	6	MO; GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	6	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	6	MO; GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	MO; GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	6	MO; GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO; GC
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	6	MO; GC
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	4	PA
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	2	MO; GC; QL (255 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	6	MO; GC
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	MO
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	MO; GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	6	MO; GC
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG, 62.5 MCG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	MO; GC
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	6	MO; GC
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	6	MO; GC
<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>	6	MO; GC
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO; GC
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	3	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO; GC
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1	MO; GC
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	MO; GC
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	MO; GC
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO; GC
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO; GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	6	MO; GC
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA
<i>Agentes Para Dislipidemias, Derivados Del Ácido Fíbrico</i>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 43 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral capsule 50 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 48 mg, 54 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Para Dislipidemias, Inhibidores De La Hmg Coa Reductasa</i>		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	2	MO; GC
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	6	MO; GC; QL (45 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg</i>	6	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	6	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	6	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Para Dislipidemias, Otros</i>		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	2	MO; GC
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	2	MO; GC
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	2	MO; GC
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	2	MO; GC
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	2	MO; GC
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm, 1 gm</i>	4	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5	PA
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO; GC
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	3	PA; MO
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	PA; MO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	PA; MO
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	3	MO
Agonistas Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO; GC
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	2	MO; GC; QL (4 EA per 28 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO; GC
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	MO; GC
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	6	MO; GC
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	MO; GC
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	MO; GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	MO; GC
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	MO; GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	2	MO; GC
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	MO; GC
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	MO; GC
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	MO; GC
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO; GC
Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO; GC
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
Diuréticos, Bucle		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	6	MO; GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO; GC
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
Diuréticos, Tiazidas		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	6	MO; GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina (Eca)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	MO; GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	MO; GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	MO; GC
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	MO; GC
<i>Vasodilatadores Arteriales/Venosos De Acción Directa</i>		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	6	MO; GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; GC
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO; GC
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	3	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	6	MO; GC
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	6	MO; GC
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	2	MO; GC
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	4	
AGENTES DE ANTIDEMENCIA		
<i>Agentes Antidemencia, Otros</i>		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	2	MO; GC; QL (360 ML per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	2	MO; GC; QL (49 EA per 28 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	3	PA; MO
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	PA; MO
<i>Inhibidores De Colinesterasa</i>		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	2	MO; GC; QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>Agentes Con Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, Sin Anfetaminas</i>		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>Agentes De Esclerosis Múltiple</i>		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	3	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	5	PA
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	5	PA
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	5	PA
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	5	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG	5	PA
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	PA
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	4	PA
<i>Agentes De Fibromialgia</i>		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 75 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	2	MO; GC; QL (900 ML per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	3	MO; QL (55 EA per 28 days)
<i>Agentes De Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad, Anfetaminas</i>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	4	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	4	QL (150 EA per 30 days)

Sistema Nervioso Central, Otros

AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	5	PA; QL (42 EA per 28 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML	5	PA
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	5	PA
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	4	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)

AGENTES DENTALES Y ORALES

Agentes Dentales Y Orales

<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	MO; GC
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	1	MO; GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	MO; GC
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	2	MO; GC

AGENTES DERMATOLÓGICOS

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	4	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	4	PA
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	3	MO
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	2	MO; GC
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	6	MO; GC
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	2	MO; GC
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %	5	PA
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	2	MO; GC
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	MO; GC
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	MO; GC
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	2	MO; GC
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	5	PA
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	2	MO; GC
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	1	MO; GC
Agentes Para Acné Y Rosácea		
ACUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	MO
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	4	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	2	MO; GC
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	2	PA; MO; GC
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	4	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	2	PA; MO; GC
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	2	PA; MO; GC
<i>Agentes Para Dermatitis Y Pruitus</i>		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	4	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	MO; GC
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	MO; GC
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	MO; GC
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	4	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	4	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	4	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	4	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	4	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	2	MO; GC
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	2	MO; GC
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	4	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	4	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	MO; GC
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	MO; GC
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	2	MO; GC
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	2	MO; GC
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	4	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	4	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	4	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	3	MO
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO; GC
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO; GC
<i>Antiinfecciosos Tópicos</i>		
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	2	MO; GC
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	2	MO; GC
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	2	MO; GC
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	2	MO; GC
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	2	MO; GC
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	2	MO; GC
<i>ery external pad 2 %</i>	3	MO
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	2	MO; GC
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	2	MO; GC
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	4	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	MO; GC
<i>Pediculicidas/Escabicidas</i>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	2	MO; GC
AGENTES GASTROINTESTINALES		
<i>Agentes Antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	2	MO; GC
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	MO; GC
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	QL (90 EA per 30 days)
<i>Agentes Contra El Estreñimiento</i>		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO; GC
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO; GC
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO; GC
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Gastrointestinales, Otros</i>		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG, 600 MCG	5	PA
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG, 400 MCG	5	PA
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	4	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	MO; GC
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	1	MO; GC
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML	5	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO; GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<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>	4	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	2	MO; GC
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	MO; GC
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	4	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>Antagonistas Del Receptor De Histamina2 (H2)</i>		
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>Antiespasmódicos, Gastrointestinales</i>		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	MO; GC
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	MO; GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC
<i>Inhibidores De La Bomba De Protones</i>		
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	3	MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	2	MO; GC
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	2	MO; GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC
<i>Protectores</i>		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	MO; GC
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	MO; GC
AGENTES GENITOURINARIOS		
<i>Agentes Genitourinarios, Otros</i>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5ML	5	PA; QL (0.5 ML per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML	5	PA; QL (0.8 ML per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 30 days)
<i>Agentes Para Hipertrofia Prostática Benigna</i>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
Antiespasmódicos, Urinarios		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	4	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	3	MO; QL (300 ML per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (600 ML per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/ MODIFICADORES)		
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes/ De Reemplazo/ Modificadores (Hormonas Sexuales/ Modificadores)</i>		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO; GC
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	2	MO; GC
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	2	MO; GC
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO; GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	MO; GC
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	2	MO; GC
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	2	MO; GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO; GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	2	MO; GC
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	4	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	4	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	MO; GC
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO; GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	2	MO; GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	4	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	MO; GC
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	3	PA; MO
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	MO; GC
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	MO; GC
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	MO; GC
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO; GC
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	2	MO; GC
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO; GC
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	1	MO; GC
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	MO; GC
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO; GC
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	2	MO; GC
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	1	MO; GC
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	MO; GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO; GC
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO; GC
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	MO; GC
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	2	MO; GC
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO; GC
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	MO; GC
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO; GC
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	2	MO; GC
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	MO; GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO; GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO; GC
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	2	MO; GC
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO; GC
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO; GC
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	2	MO; GC
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO; GC
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO; GC
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO; GC
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO; GC
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO; GC
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO; GC
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	2	MO; GC
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	3	PA; MO
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	2	MO; GC
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	3	MO
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	MO
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO; GC
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO; GC
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	2	MO; GC
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO; GC
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO; GC
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO; GC
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO; GC
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO; GC
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	MO; GC
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO; GC
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	2	MO; GC
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	2	MO; GC
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	MO; GC
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO; GC
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	2	MO; GC
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO; GC
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO; GC
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	MO; GC
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	3	MO
<i>Estrógenos</i>		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO; GC
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	2	MO; GC
<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>	2	MO; GC
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	4	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	4	
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	4	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG	4	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	MO
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	3	MO
<i>Progestinas</i>		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	2	MO; GC
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	1	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	4	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO; GC
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	MO; GC
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO; GC

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	MO; GC
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	MO; GC
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	5	PA

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

Agentes Hormonales, Estimulantes/ De Reemplazo/ Modificadores (Suprarrenales)

<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	MO; GC
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO; GC
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	4	BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	BvD; MO; GC
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	2	BvD; MO; GC
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	BvD; MO; GC
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	MO; GC

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)

Agentes Hormonales, Estimulantes/ De Reemplazo/ Modificadores (Tiroides)

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	MO; GC
<i>levothyroxine sodium 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</i>	1	MO; GC
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	MO; GC
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO; GC
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
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	3	MO

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)

Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	MO; GC
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	4	PA
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	5	PA
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	4	PA
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>	4	PA
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	PA; MO; GC
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	4	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	PA; QL (60 ML per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
<i>Agentes Antitiroideos</i>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	MO; GC
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
<i>Agentes De Angioedema</i>		
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	5	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML	5	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML	5	PA
<i>Agentes Inmunológicos, Otros</i>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA
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 EA per 30 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	MO; GC
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	5	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	5	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA
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 ML per 28 days)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 32.4 MG/0.81ML	5	PA; QL (22.68 ML per 28 days)
<i>Inmunoestimulantes</i>		
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
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	5	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML	5	BvD
<i>Inmunosupresores</i>		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	3	BvD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	BvD; MO; GC
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, 50 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	BvD; MO; GC
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	5	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	5	PA
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	4	BvD
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg</i>	5	BvD; QL (120 EA per 30 days)
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	2	BvD; MO; GC
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	2	BvD; MO; GC
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	5	PA
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	5	PA
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	5	PA
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BvD; MO; GC
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BvD; MO; GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	4	BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	5	BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	2	BvD; MO; GC
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	BvD
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>tacrolimus oral capsule 1 mg, 5 mg</i>	4	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	BvD
<i>Vacunas</i>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	MO
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	MO
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	4	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	MO
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	4	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	MO
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	MO
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	MO
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	4	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	4	BvD
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	BvD; MO
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	3	BvD; MO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	MO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	MO
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	3	MO
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	3	BvD; MO
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	3	BvD; MO
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	4	
IPOL INJECTION INJECTABLE	3	MO
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	MO
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	3	MO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	4	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	MO
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	MO
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	MO
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	MO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	4	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	MO
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	MO
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	BvD; MO
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	MO
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	MO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	4	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	4	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	BvD; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	BvD; MO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	BvD; MO
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	MO
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	MO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	MO
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	MO
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	3	BvD; MO
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	3	BvD; MO
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	3	MO
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	MO
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	3	MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3	MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	3	MO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	3	MO
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	3	MO
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	3	MO

AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA

Agentes Metabólicos Para La Enfermedad Ósea

<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; GC; QL (4 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	2	BvD; MO; GC; QL (4 ML per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	BvD; MO; GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	4	BvD
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	5	BvD; QL (120 EA per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO; GC; QL (1 EA per 30 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	4	BvD
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	4	QL (1 ML per 180 days)
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	2	MO; GC
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	2	MO; GC; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	MO; GC; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	2	MO; GC; QL (4 EA per 28 days)
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	5	PA; QL (2.48 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)

AGENTES OFTÁLMICOS

Agentes Oftálmicos Antialérgicos

<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	2	MO; GC
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	MO; GC

Agentes Oftálmicos Bloqueadores Beta-Adrenérgicos

<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO; GC
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO; GC
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	MO; GC
Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	MO; GC
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	3	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	3	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	2	MO; GC
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	3	MO
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	4	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO; GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	MO; GC
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	4	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	4	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	4	
Agentes Oftálmicos, Otros		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	MO; GC
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	2	MO; GC
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	5	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	5	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	2	MO; GC
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	MO; GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	2	MO; GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	2	MO; GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	MO; GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	2	MO; GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	MO; GC
Análogos De Prostaglandina Y Prostamida Oftálmicos		
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	2	MO; GC
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	3	MO
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	
Antiinfecciosos Oftálmicos		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	4	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	2	MO; GC
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	MO; GC
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	MO; GC
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO; GC
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	MO; GC
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	2	MO; GC
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	MO; GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	2	MO; GC
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO; GC
XDEMVIY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	4	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Antiinflamatorios Oftálmicos		
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	2	MO; GC
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i>	4	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	MO; GC
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	MO
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO; GC
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	3	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	2	MO; GC
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	2	MO; GC
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	2	MO; GC
AGENTES ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	MO; GC
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	3	MO
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	2	MO; GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	2	MO; GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	2	MO; GC
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	4	
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
Aminosalicilatos		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	2	MO; GC
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 1.2 GM	3	MO
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	4	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO; GC

Glucocorticoides

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

AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO

Agentes Promotores De La Vigilia

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	5	PA; QL (540 ML per 30 days)

Agentes Promotores Del Sueño

BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)

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

Agentes Para Trastorno Genético, De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento

<i>betaine oral powder</i>	5	
----------------------------	---	--

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	PA
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	4	PA
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	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>	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	5	PA
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG, 10 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 284 MG/1.5ML	5	PA
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG	5	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM	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
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA

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>	1	MO; GC
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	4	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	3	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	3	MO
Agentes Para La Reversión De Opioides		
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	3	MO
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	2	MO; GC
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	2	MO; GC
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 5 MG/0.5ML	3	MO
Dependencia De Opioides		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	2	MO; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	MO; GC
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	MO; GC
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG	4	
Disuasivos De Alcohol/Anti-Deseo		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	2	MO; GC
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	2	MO; GC
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5	
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA		
Agentes Para Tratamiento De La Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO; GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	3	MO
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	3	MO
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	3	PA; MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	MO; GC
AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO		
<i>Agentes De Fibrosis Pulmonar</i>		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg</i>	5	PA
<i>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</i>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	2	BvD; MO; GC
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	3	MO; QL (12 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	MO; QL (10.7 GM per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	3	MO; QL (10.2 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	4	QL (4 GM per 20 days)
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	3	MO; QL (1 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	2	BvD; MO; GC
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4ML	5	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Para Fibrosis Quística</i>		
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
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	BvD
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	5	PA
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	5	PA
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	5	BvD
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	5	PA
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	5	PA
<i>Antihipertensivos Pulmonares</i>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	2	PA; MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>Antihistamínicos</i>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	2	MO; GC; QL (30 ML per 25 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO; GC
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	4	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>Antiinflamatorios, Corticosteroides Inhalados</i>		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	3	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	MO; QL (26 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	4	BvD
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	2	MO; GC; QL (50 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>	3	MO; QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	3	MO; QL (10.6 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	MO; GC; QL (16 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	2	MO; GC; QL (34 GM per 30 days)
<i>Antileucotrienos</i>		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>Broncodilatadores, Anticolinérgicos</i>		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	QL (26 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	BvD; MO; GC
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	2	MO; GC; QL (60 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	2	MO; GC; QL (30 ML per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>Broncodilatadores, Simpaticomiméticos</i>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	2	MO; GC; QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	2	MO; GC; QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	2	MO; GC; QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; GC
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	2	MO; GC
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	2	MO; GC
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	MO; QL (36 GM per 30 days)
<i>Inhibidores De La Fosfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	2	MO; GC
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	2	MO; GC
ANALGÉSICOS		
<i>Analgésicos Opioides, De Acción Corta</i>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (5000 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	2	MO; GC; QL (360 EA per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg, 400 mcg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	2	MO; GC; QL (5500 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	MO; GC; QL (360 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	MO; GC; QL (150 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	4	QL (1920 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; GC; QL (360 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	2	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	2	MO; GC; QL (600 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (1500 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	QL (180 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	QL (1080 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (1080 ML per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	MO; GC; QL (360 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada</i>		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 20 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>Analgésicos</i>		
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>Fármacos Anti-Inflamatorios No Esteroideos</i>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO; GC
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	2	MO; GC
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; GC
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO; GC
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	MO; GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO; GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO; GC
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	2	MO; GC
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	MO; GC
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	2	MO; GC
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	MO; GC
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; GC

ANESTÉSICOS

Anestésicos Locales

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

ANSIOLÍTICOS

Ansiolíticos, Otros

<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	MO; GC
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)

Benzodiacepinas

ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	2	MO; GC; QL (300 ML per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 1 mg</i>	2	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	MO; GC; QL (150 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; GC; QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	MO; GC; QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	2	MO; GC; QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (240 EA per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	2	MO; GC; QL (240 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC; QL (150 EA per 30 days)
ANTIBACTERIANOS		
<i>Aminoglucósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	4	BvD
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	4	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	MO; GC
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	2	MO; GC
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	4	BvD
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	5	
<i>Antibacterianos, Otros</i>		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	BvD; MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>aztreonam injection solution reconstituted 2 gm</i>	4	BvD
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	MO; GC
<i>clindamycin hcl oral capsule 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	4	BvD
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	2	MO; GC
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	4	BvD
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>	4	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	5	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG/ML, 50 MG/ML	4	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	4	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	2	MO; GC
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	2	MO; GC
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	2	MO; GC
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	2	MO; GC
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	3	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	2	MO; GC
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	BvD
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>	4	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG	4	
<i>Betalactámicos, Cefalosporinas</i>		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	4	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	2	MO; GC
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	4	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	BvD
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	BvD
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	4	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	4	BvD
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	4	BvD
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5	BvD
Betalactámicos, Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	MO; GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	MO; GC
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO; GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	MO; GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	MO; GC
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	4	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	BvD
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	BvD
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	BvD
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/50ml</i>	4	BvD
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	BvD
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	BvD
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	4	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	4	BvD
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	4	BvD
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO; GC
<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>	4	
Carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	2	MO; GC
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack)</i>	1	MO; GC
<i>azithromycin oral tablet 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	2	MO; GC
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	5	PA; QL (136 ML per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (20 EA per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	BvD
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	4	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO; GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO; GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	2	MO; GC
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	4	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO; GC
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	4	BvD
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	MO; GC
<i>Sulfonamidas</i>		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	2	MO; GC
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	MO; GC
<i>Tetraciclinas</i>		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	4	BvD
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	MO; GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
ANTICONVULSIVOS		
<i>Agentes De Aumento Del Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)</i>		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; GC; QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	4	ST
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	4	ST
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	4	ST
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	4	ST
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>Agentes Del Canal De Sodio</i>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	2	MO; GC
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1	MO; GC
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	ST
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	2	MO; GC
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	4	QL (1395 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	4	ST; QL (120 EA per 30 days)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO; GC
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO; GC
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO; GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5	QL (2760 ML per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	QL (480 EA per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	QL (240 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Los Canales De Calcio		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	4	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
Anticonvulsivos, Otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG	4	PA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG	4	PA
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	5	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	ST; QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	4	
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	2	MO; GC
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	2	MO; GC
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	2	MO; GC
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	2	MO; GC
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	2	MO; GC
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO; GC
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (1500 ML per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 60 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 30 mg</i>	2	MO; GC; QL (300 EA per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	4	ST; QL (90 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 EA per 30 days)
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	2	MO; GC
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	4	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	4	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	4	QL (28 EA per 28 days)
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA; QL (1100 ML per 30 days)

ANTIDEPRESIVOS

Antidepressivos, Otros

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 200 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	1	MO; GC; QL (45 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA; QL (14 EA per 14 days)
<i>Inhibidores De La Monoaminoxidasa</i>		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	ST; QL (180 EA per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	2	MO; GC
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	
<i>Isrs/Irsn (Inhibidor Selectivo De La Recaptación De Serotonina/Inhibidor De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>		
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (600 ML per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; GC; QL (45 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	3	MO; QL (28 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (600 ML per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	MO; GC; QL (300 ML per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	2	MO; GC
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; GC
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
ANTIEMÉTICOS		
Antieméticos, Otros		
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO; GC
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	BvD; MO; GC
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	2	MO; GC
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	4	
Complementos De Terapia Emetogénica		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	4	BvD; QL (30 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	4	BvD; QL (12 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	4	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	BvD; MO; GC
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	BvD; MO; GC
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 90 MG	3	BvD; MO
ANTIMICOBACTERIANOS		
Antimicobacterianos, Otros		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	MO; GC
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	4	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	MO; GC
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO; GC
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO; GC
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	MO; GC
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
ANTIMICÓTICOS		
Antimicóticos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	5	BvD
<i>casprofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	
<i>casprofungin acetate intravenous solution reconstituted 70 mg</i>	4	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	2	MO; GC
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	2	MO; GC
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	MO; GC
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	2	MO; GC
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	2	MO; GC
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	MO; GC
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	BvD
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	4	BvD
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	BvD; MO; GC
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	4	PA
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	4	PA
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	4	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	2	MO; GC
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	MO; GC
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NOXAFIL ORAL PACKET 300 MG	5	PA
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	3	MO
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	MO; GC
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	MO; GC
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	2	MO; GC
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	2	MO; GC
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	2	MO; GC
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	3	MO
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	5	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	4	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	MO; GC
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	MO; GC
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	5	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	4	PA
ANTINEOPLÁSICOS		
<i>Agentes Alquilantes</i>		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	4	BvD
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	BvD; MO; GC
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	PA; QL (60 GM per 14 days)
<i>Agentes Antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Antiandrógenos</i>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; GC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Antiestrógenos/Modificadores</i>		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	4	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; GC
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	5	PA
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	MO; GC
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	MO; GC
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	5	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	PA
<i>Antineoplásticos, Otros</i>		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
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
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	BvD
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Inhibidores De Aromatasa, 3Ra Generación</i>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	MO; GC
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO; GC
<i>Inhibidores De Blanco Molecular</i>		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA; QL (112 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (84 EA per 21 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; QL (21 EA per 21 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
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 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA; QL (240 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (30 EA 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	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	5	PA; QL (180 EA 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 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA; QL (140 EA per 28 days)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	5	PA; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA; QL (14 EA per 21 days)
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 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	5	PA; QL (900 EA per 30 days)
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA; QL (64 EA per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	4	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	3	PA; MO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA; QL (310 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; QL (150 EA per 30 days)
Retinoides		
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	
ANTIPARASITARIOS		
Antihelmínticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	PA; MO; GC
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	5	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	MO; GC
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	2	MO; GC
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	2	MO; GC
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG	4	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	MO; GC
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	4	QL (40 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	4	BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	4	BvD
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	4	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	2	PA; MO; GC

ANTIPSIÓTICOS

Atípico/2Da Generación

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	5	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	5	QL (90 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	5	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	5	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	5	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	5	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; GC; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 20 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG	4	
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO; GC; QL (480 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	5	ST; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	4	ST; QL (7 EA per 28 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	4	QL (6 EA per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	ST
<i>Resistente Al Tratamiento</i>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC; QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; QL (540 ML per 30 days)
<i>Típico/IRa Generación</i>		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	BvD
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	BvD
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	MO; GC
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	2	MO; GC
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	4	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO; GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC
<i>perphenazine oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	BvD; MO; GC
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO; GC
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC

ANTIVIRALES

LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	MO; GC
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	MO; GC
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	MO; GC

Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)

LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	4	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	3	MO
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	4	

Agentes Antigripales

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	2	MO; GC
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	4	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	MO; GC
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	3	MO
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	3	MO
Agentes Antiherpéticos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	MO; GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	2	MO; GC
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	MO; GC
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	2	MO; GC
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	2	MO; GC
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa De Nucleósidos Y Nucleótidos (Nrti)		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	4	QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (680 ML per 28 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	2	MO; GC; QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	2	MO; GC; QL (1680 ML per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Integrasa (Insti)</i>		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	4	QL (360 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	QL (1575 ML per 28 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	4	QL (400 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	QL (300 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	QL (150 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	QL (360 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	QL (360 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	3	MO; QL (360 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (Nnrti)		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	4	QL (1200 ML per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	MO; GC; QL (60 EA per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Anti-Vih, Otros</i>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	QL (1800 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	MO; QL (240 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	5	QL (4 EA per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	5	QL (5 EA per 180 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	5	QL (180 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)</i>		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5	QL (600 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	MO; GC; QL (90 EA per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Contra La Hepatitis C (Vhc)</i>		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	5	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	4	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	MO; GC
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	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>	2	E; MO; GC; QL (6 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
<i>Electrolitos/Minerales/Metales/Vitaminas</i>		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	3	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BvD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BvD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	4	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	4	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	BvD
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	2	BvD; MO; GC
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	3	BvD; MO
DOJOLVI ORAL LIQUID 100 %	5	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	BvD
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	4	BvD
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	2	MO; GC
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	2	MO; GC
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	BvD
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BvD
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	2	MO; GC
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	4	BvD
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	2	BvD; MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BvD
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BvD
Ligantes De Fosfato		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(Fe)	4	PA
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	2	MO; GC
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	2	MO; GC
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	4	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	4	QL (540 EA per 30 days)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	4	
Modificadores De Electrolitos/Minerales/Metales		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	5	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET 1000 MG	5	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	MO; GC
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	3	MO
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
Reemplazo De Electrolitos/Minerales		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	5	PA
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	4	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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	BvD; MO; GC
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	2	BvD; MO; GC
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	MO; GC
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	MO; GC
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	MO; GC
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	1	MO; GC
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	2	MO; GC
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	MO; GC
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	2	MO; GC
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	3	BvD; MO
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	3	BvD; MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	MO; GC
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	MO; GC
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO; GC
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	3	BvD; MO
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	2	BvD; MO; GC
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	2	MO; GC
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	2	MO; GC
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	2	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	2	BvD; MO; GC
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	2	MO; GC
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	MO; GC
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	2	MO; GC

PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE

Agentes Modificadores De Plaquetas

<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	MO; GC
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	MO
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	2	MO; GC
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	

Anticoagulantes

ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	MO
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	3	MO
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	QL (60 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	4	QL (48 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	4	QL (18 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	4	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	4	QL (36 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	5	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	5	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	5	QL (18 ML per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	2	BvD; MO; GC
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	1	MO; GC
<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>	1	MO; GC
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	3	MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	3	MO
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	MO
Productos Y Modificadores De Sangre, Otros		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; GC
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 20000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	4	PA; QL (12 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 2000 UNIT/ML	4	PA; QL (23 ML per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 3000 UNIT/ML	4	PA; QL (16 ML per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	MO; GC
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
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE		
Agentes Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; GC
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	MO; GC
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	MO; GC
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	MO; GC
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; GC
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; GC
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	MO
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	MO
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	3	MO
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	MO
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	MO
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	MO
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	MO
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	6	MO; GC
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	6	MO; GC
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	MO; GC
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	MO; GC
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	6	MO; GC
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	6	MO; GC
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	6	MO; GC
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	4	PA
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	4	PA
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	MO
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG	3	MO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	4	PA; QL (9 ML per 28 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	3	MO
<i>Agentes Glucémicos</i>		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	3	MO
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	3	MO
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA
<i>Insulinas</i>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	6	MO; GC
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	6	MO; GC
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	6	MO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	6	MO; GC
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	MO
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	3	MO
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	3	MO
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	MO
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	6	MO; GC
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	6	MO; GC
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	MO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	MO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 10. Formulario ID: 24452, Version 11, Efectivo 05/01/2024. Fecha en que se actualizo 05/01/2024.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

Relajantes Del Músculo Esquelético

<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO; GC
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; GC
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	4	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	MO; GC
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	2	MO; GC

índice de medicamentos/Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	89	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	89	
ABELCET.....	74	
ABILIFY ASIMTUFII.....	85	
ABILIFY MAINTENA.....	85	
<i>abiraterone acetate</i>	77	
ABRYSSVO.....	44	
<i>acamprosate calcium</i>	53	
<i>acarbose</i>	97	
ACCUTANE.....	25	
<i>acebutolol hcl</i>	15	
<i>acetaminophen-codeine</i>	58	
<i>acetazolamide</i>	48	
<i>acetazolamide er</i>	48	
<i>acetic acid</i>	50	
<i>acetylcysteine</i>	54	
<i>acitretin</i>	25	
ACTHIB.....	44	
ACTIMMUNE.....	41	
<i>acyclovir</i>	89	
<i>acyclovir sodium</i>	89	
ADACEL.....	44	
<i>adefovir dipivoxil</i>	92	
ADEMPAS.....	55	
ADVAIR HFA.....	54	
AKEEGA.....	77	
<i>albendazole</i>	84	
<i>albuterol sulfate</i>	57	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	57	
<i>alclometasone dipropionate</i>	26	
ALECENSA.....	79	
<i>alendronate sodium</i>	46	
<i>alfuzosin hcl er</i>	30	
<i>aliskiren fumarate</i>	16	
<i>allopurinol</i>	53	
<i>alosetron hcl</i>	28	
<i>alprazolam</i>	60, 61	
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	60	
ALTAVERA.....	31	
ALUNBRIG.....	79	
<i>alyacen 1/35</i>	31	
<i>amantadine hcl</i>	12	
<i>ambrisentan</i>	55	
<i>amcinonide</i>	26	
<i>amikacin sulfate</i>	61	
<i>amiloride hcl</i>	20	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	16	
<i>amiodarone hcl</i>	19	
<i>amitriptyline hcl</i>	73	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	16	
<i>amlodipine besylate</i>	13	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	16	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	16	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	16	
<i>ammonium lactate</i>	26	
AMNESTEEM.....	25	
<i>amoxapine</i>	73	
<i>amoxicillin</i>	64	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	64	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	64	
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	23	
<i>amphotericin b</i>	75	
<i>amphotericin b liposome</i>	75	
<i>ampicillin</i>	64	
<i>ampicillin sodium</i>	64, 65	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	65	
<i>anagrelide hcl</i>	97	
<i>anastrozole</i>	79	
ANORO ELLIPTA.....	54	
<i>apraclonidine hcl</i>	48	
<i>aprepitant</i>	74	
APRI.....	31	
APTIOM.....	68	
APTIVUS.....	91	
ARANELLE.....	31	
ARCALYST.....	40	
AREXVY.....	44	
ARIKAYCE.....	61	
<i>aripiprazole</i>	85	
<i>armodafinil</i>	51	
ARNUITY ELLIPTA.....	56	
<i>asenapine maleate</i>	85	
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	56	
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	56	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	56	
ASMANEX HFA.....	56	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	96	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR.....	99	
<i>atazanavir sulfate</i>	91	
<i>atenolol</i>	15	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	16	
<i>atomoxetine hcl</i>	22	
<i>atorvastatin calcium</i>	18	
<i>atovaquone</i>	84	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	84	
<i>atropine sulfate</i>	48	
ATROVENT HFA.....	57	
AUBRA EQ.....	31	
AUGTYRO.....	79	
AURYXIA.....	94	
AUSTEDO.....	24	
AUSTEDO XR.....	24	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	24	
AUVELITY.....	71	
AVIANE.....	31	
AVONEX PEN.....	22	
AVONEX PREFILLED.....	23	
AYVAKIT.....	79	
AZASITE.....	49	
<i>azathioprine</i>	42	
<i>azelastine hcl</i>	47, 56	
<i>azithromycin</i>	66	
AZOPT.....	48	
<i>aztreonam</i>	61, 62	
B		
<i>bacitracin</i>	49	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	49	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	48	
<i>baclofen</i>	11	
<i>balsalazide disodium</i>	51	
BALVERSA.....	79	
BALZIVA.....	32	
BAQSIMI ONE PACK.....	99	
BARACLUDGE.....	92	
<i>bcg vaccine</i>	44	
BELSOMRA.....	51	
<i>benazepril hcl</i>	20	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	16	
BENLYSTA.....	42	
<i>benznidazole</i>	84	

<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	<i>ceftazidime</i>
.....25	71	64
<i>benztropine mesylate</i>	<i>buspirone hcl</i>	<i>ceftriaxone sodium</i>
12	60	64
BESREMI.....	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	<i>cefuroxime axetil</i>
41	59	64
<i>betaine</i>	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> ..	<i>cefuroxime sodium</i>
51	59	64
<i>betamethasone dipropionate</i>	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	<i>celecoxib</i>
26	59	59
<i>betamethasone dipropionate</i>	BYLVAY.....	<i>cephalexin</i>
<i>aug</i>	BYLVAY (PELLETS).....	64
26	29	<i>cetirizine hcl</i>
<i>betamethasone valerate</i>	C	56
26	<i>cabergoline</i>	<i>chlordiazepoxide hcl</i>
BETASERON.....	39	61
23	CABLIVI.....	<i>chlorhexidine gluconate</i>
<i>betaxolol hcl</i>	96	24
15, 47	CABOMETYX.....	<i>chloroquine phosphate</i>
<i>bethanechol chloride</i>	79	84
30	<i>calcipotriene</i>	<i>chlorpromazine hcl</i>
<i>bexarotene</i>	25	87
84	<i>calcitonin (salmon)</i>	<i>chlorthalidone</i>
BEXSERO.....	47	20
44	<i>calcitriol</i>	<i>chlorzoxazone</i>
<i>bicalutamide</i>	47	102
77	<i>calcium acetate</i>	<i>cholestyramine</i>
BICILLIN L-A.....	94	18
65	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	<i>cholestyramine light</i>
BIKTARVY.....	.....	18
90	94	<i>ciclopirox</i>
<i>bisoprolol fumarate</i>	CALQUENCE.....	28
15	79	<i>ciclopirox olamine</i>
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	CAMILA.....	75
.....	36	<i>cilostazol</i>
16	CAMZYOS.....	96
BLISOVI FE 1.5/30.....	16	CIMDUO.....
32	<i>candesartan cilexetil</i>	89
BOOSTRIX.....	19	<i>cinacalcet hcl</i>
44	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	47
<i>bosentan</i>	16	<i>ciprofloxacin hcl</i>
55	CAPLYTA.....	50, 66
BOSULIF.....	85	<i>ciprofloxacin in d5w</i>
79	CAPRELSA.....	66
BRAFTOVI.....	79	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>
79	<i>captopril</i>.....	.....
BREO ELLIPTA.....	21	50
54	<i>carbamazepine</i>	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf50</i>
BREZTRI AEROSPHERE..	68	71, 72
54	<i>carbamazepine er</i>	CLARAVIS.....
<i>briellyn</i>	68	25
32	<i>carbidopa</i>	<i>clarithromycin</i>
BRILINTA.....	13	66
96	<i>carbidopa-levodopa</i>	<i>clarithromycin er</i>
<i>brimonidine tartrate</i>	13	66
48	<i>carbidopa-levodopa er</i>	CLENPIQ.....
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	13	29
48	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>clindamycin hcl</i>
BRIVIACT.....	<i>entacapone</i>	62
69	12	<i>clindamycin palmitate hcl</i>
<i>bromfenac sodium</i>	CARDURA XL.....	62
50	30	<i>clindamycin phos-benzoyl</i>
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	<i>carglumic acid</i>	<i>perox</i>
.....	94	25
50	<i>carteolol hcl</i>	<i>clindamycin phosphate</i> ...28, 62
<i>bromocriptine mesylate</i>	47	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>
12	CARTIA XT.....	.....
BROMSITE.....	14	62
50	<i>carvedilol</i>	CLINIMIX E/DEXTROSE
BRONCHITOL.....	15	(2.75/5).....
55	<i>carvedilol phosphate er</i>	93
BRUKINSA.....	15	CLINIMIX E/DEXTROSE
79	<i>casprofungin acetate</i>	(4.25/10).....
<i>budesonide</i>	75	93
51, 56	CAYSTON.....	CLINIMIX E/DEXTROSE
<i>budesonide er</i>	55	(4.25/5).....
51	<i>cefaclor</i>	93
<i>budesonide-formoterol</i>	<i>cefaclor er</i>	CLINIMIX E/DEXTROSE
<i>fumarate</i>	63	(5/15).....
54	<i>cefadroxil</i>	93
<i>bumetanide</i>	63	CLINIMIX E/DEXTROSE
20	<i>cefazolin sodium</i>	(4.25/5).....
<i>buprenorphine hcl</i>	63	93
53	<i>cefdinir</i>	CLINIMIX E/DEXTROSE
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i>	<i>cefepime hcl</i>	(5/15).....
<i>hcl</i>	63	93
53	<i>cefixime</i>	CLINIMIX E/DEXTROSE
<i>bupropion hcl</i>	63	(5/20).....
71	<i>cefotetan disodium</i>	93
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	<i>cefoxitin sodium</i>	CLINIMIX/DEXTROSE
.....	63	(4.25/10).....
52	<i>cefpodoxime proxetil</i>	93
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	63	
71	<i>cefprozil</i>	
	63	

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	93	<i>cyclophosphamide</i>	76	<i>diclofenac sodium er</i>	59
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	93	<i>cyclosporine</i>	42, 48	<i>dicloxacillin sodium</i>	65
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	93	<i>cyclosporine modified</i>	42	<i>dicyclomine hcl</i>	30
<i>clobazam</i>	67	<i>cyproheptadine hcl</i>	56	DIFICID	66
<i>clobetasol propionate</i>	26	CYRED EQ	32	<i>diflunisal</i>	59
<i>clobetasol propionate e</i>	26	CYSTADROPS	48	<i>digoxin</i>	16
<i>clomipramine hcl</i>	73	CYSTAGON	52	<i>dihydroergotamine mesylate</i> 11	
<i>clonazepam</i>	61	CYSTARAN	48	DILANTIN	68
<i>clonidine</i>	19	D		<i>diltiazem hcl</i>	14
<i>clonidine hcl</i>	19	<i>dalfampridine er</i>	23	<i>diltiazem hcl er</i>	14
<i>clopidogrel bisulfate</i>	96	<i>danazol</i>	35	<i>diltiazem hcl er beads</i>	14
<i>clorazepate dipotassium</i>	61	<i>dapsone</i>	74	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	14
<i>clotrimazole</i>	75	DAPTACEL	44	<i>dilt-xr</i>	14
<i>clotrimazole-betamethasone</i> .25		<i>daptomycin</i>	62	<i>dimethyl fumarate</i>	23
<i>clozapine</i>	87	<i>darifenacin hydrobromide er</i> 31		<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	23
COARTEM	84	<i>darunavir</i>	91	<i>diphenoxylate-atropine</i>	28
<i>codeine sulfate</i>	58	DAURISMO.....	80	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> 44	
<i>colchicine</i>	53	DAYBUE	24	<i>disopyramide phosphate</i>	19
<i>colchicine-probenecid</i>	53	DEBLITANE.....	36	<i>disulfiram</i>	53
<i>colestipol hcl</i>	18	<i>deferasirox</i>	94	<i>divalproex sodium</i>	13
<i>colistimethate sodium (cba)</i> .62		<i>deferasirox granules</i>	94	<i>divalproex sodium er</i>	13
COMBIGAN	48	<i>deferiprone</i>	94	<i>dofetilide</i>	19
COMBIVENT RESPIMAT .54		DELSTRIGO.....	89	DOJOLVI	93
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	79	DEPO-SUBQ PROVERA 104	36	<i>donepezil hcl</i>	22
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	79	DESCOVY	89	<i>dorzolamide hcl</i>	48
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	80	<i>desipramine hcl</i>	73	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .48	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	99	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	37	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	48
COMPLERA	91	<i>desmopressin acetate</i>	37	DOVATO	90
<i>constulose</i>	28	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> 32		<i>doxazosin mesylate</i>	20
COPAXONE	23	<i>desonide</i>	26, 27	<i>doxepin hcl</i>	73
COPIKTRA.....	80	<i>desoximetasone</i>	27	DOXY 100.....	67
CORLANOR.....	16	<i>desvenlafaxine er</i>	72	<i>doxycycline hyclate</i>	67
COSENTYX.....	40	<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..72		<i>doxycycline monohydrate</i>	67
COSENTYX (300 MG DOSE)	40	<i>dexamethasone</i>	37	<i>dronabinol</i>	74
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	40	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	50	<i>drosiprone-ethinyl estradiol</i>	32
COSENTYX UNOREADY .40		<i>dexlansoprazole</i>	30	DROXIA.....	77
COTELLIC.....	80	<i>dexmethyphenidate hcl</i>	22	<i>droxidopa</i>	19
CREON	52	<i>dextroamphetamine sulfate</i> ..24		DUAVEE.....	36
<i>cromolyn sodium</i>	47, 52, 54	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	23, 24	<i>duloxetine hcl</i>	72
CRYSELLE-28	32	<i>dextrose</i>	93	DUPIXENT	40
<i>cvs gauze sterile</i>	99	<i>dextrose-nacl</i>	93	DUREZOL	50
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	102	DIACOMIT	69	<i>dutasteride</i>	31
		<i>diazepam</i>	61, 67	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> ...31	
		DIAZEPAM INTENSOL.....	61	E	
		<i>diazoxide</i>	99	<i>ec-naproxen</i>	59
		<i>diclofenac potassium</i>	59	<i>econazole nitrate</i>	75
		<i>diclofenac sodium</i>	25, 50, 59	EDURANT	91

<i>efavirenz</i>	91	<i>erythromycin base</i>	66	FINTEPLA	69
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	89	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	66	FIRMAGON.....	39
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	89	<i>escitalopram oxalate</i>	72	FIRMAGON (240 MG DOSE)	39
ELIGARD	39	<i>esomeprazole magnesium</i>	30	FIRVANQ	62
ELIQUIS	96	ESTARYLLA.....	32	<i>flecainide acetate</i>	19
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	96	<i>estradiol</i>	36	<i>fluconazole</i>	75
ELMIRON.....	30	<i>ethambutol hcl</i>	74	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	75
ELURYNG.....	32	<i>ethosuximide</i>	69	<i>flucytosine</i>	75
EMGALITY	11	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	32	<i>fludrocortisone acetate</i>	37
EMSAM	71	<i>etodolac</i>	59	<i>flunisolide</i>	56
<i>emtricitabine</i>	89	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	32	<i>fluocinolone acetonide</i>	27, 50
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	90	<i>etravirine</i>	91	<i>fluocinonide</i>	27
EMTRIVA.....	90	EUCRISA.....	27	<i>fluocinonide emulsified base</i>	27
EMVERM	84	EUTHYROX	38	<i>fluorometholone</i>	50
<i>enalapril maleate</i>	21	<i>everolimus</i>	42, 80	<i>fluorouracil</i>	25
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	16	EVOTAZ	91	<i>fluoxetine hcl</i>	72
ENBREL	42	EVRYSDI.....	24	<i>fluphenazine decanoate</i>	87
ENBREL MINI.....	42	EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE.....	100	<i>fluphenazine hcl</i>	87, 88
ENBREL SURECLICK	42	<i>exemestane</i>	79	<i>flurbiprofen</i>	59
ENDARI.....	52	EXKIVITY.....	80	<i>flurbiprofen sodium</i>	50
ENGERIX-B	44	<i>ezetimibe</i>	18	<i>fluticasone propionate</i>	27, 56
ENILLORING.....	32	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	18	<i>fluticasone propionate hfa</i>	56
<i>enoxaparin sodium</i>	96	F		<i>fluticasone-salmeterol</i>	54
ENPRESSE-28.....	32	FALMINA.....	32	<i>fluvastatin sodium</i>	18
ENSKYCE	32	<i>famciclovir</i>	89	<i>fluvastatin sodium er</i>	18
ENSPRYNG.....	42	<i>famotidine</i>	29	<i>fluvoxamine maleate</i>	72
<i>entacapone</i>	12	FANAPT	85	<i>fondaparinux sodium</i>	96
<i>entecavir</i>	92	FANAPT TITRATION PACK	85	<i>fosamprenavir calcium</i>	91
ENTRESTO	16	<i>febuxostat</i>	54	<i>fosinopril sodium</i>	21
<i>enulose</i>	28	<i>felbamate</i>	69	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	16
ENVARUSUS XR	42	<i>felodipine er</i>	13	FOTIVDA.....	80
EPIDIOLEX.....	69	<i>fenofibrate</i>	17, 18	FRUZAQLA.....	80
<i>epinephrine</i>	57	<i>fenofibrate micronized</i>	17	<i>furosemide</i>	20
EPITOL	68	<i>fenofibric acid</i>	18	FUZEON	92
<i>eplerenone</i>	20	<i>fentanyl</i>	59	FYCOMPA.....	69
EPRONTIA	12	<i>fentanyl citrate</i>	58	G	
ERAXIS	75	FERRIPROX.....	94	<i>gabapentin</i>	67, 68
<i>ergotamine-caffeine</i>	11	FERRIPROX TWICE-A-DAY	94	GALAFOLD.....	52
ERIVEDGE.....	80	<i>fesoterodine fumarate er</i>	31	<i>galantamine hydrobromide</i>	22
ERLEADA	77	FETZIMA.....	72	<i>galantamine hydrobromide er</i>	22
<i>erlotinib hcl</i>	80	FETZIMA TITRATION	72	GARDASIL 9.....	44
ERRIN.....	36	FIASP	100	<i>gatifloxacin</i>	49
<i>ertapenem sodium</i>	65	FIASP FLEXTOUCH	100	GATTEX	29
<i>ery</i>	28	FIASP PENFILL	100	GAVILYTE-C	29
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	66	FILSPARI.....	16	GAVILYTE-G.....	29
<i>erythromycin</i>	28, 49, 66	<i>finasteride</i>	31	GAVRETO	80
		<i> fingolimod hcl</i>	23	<i>gefitinib</i>	80
				<i>gemfibrozil</i>	18

<i>generlac</i>	28	<i>hydrocortisone</i>	27, 37, 51	INVOKAMET.....	98
GENGRAF.....	42	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	27	INVOKAMET XR.....	98
<i>gentamicin in saline</i>	61	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>		INVOKANA.....	98
<i>gentamicin sulfate</i>	49, 61	.....	25	IPOL.....	45
GENVOYA.....	90	<i>hydrocortisone valerate</i>	27	<i>ipratropium bromide</i>	57
GILOTRIF.....	80	<i>hydromorphone hcl</i>	58	<i>ipratropium-albuterol</i>	54
GLEOSTINE.....	76	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..	84	<i>irbesartan</i>	19
<i>glimepiride</i>	97	<i>hydroxyurea</i>	77	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>glipizide</i>	98	<i>hydroxyzine hcl</i>	60	.....	16
<i>glipizide er</i>	98	<i>hydroxyzine pamoate</i>	60	ISENTRESS.....	90
<i>glipizide-metformin hcl</i>	98	HYFTOR.....	25	ISENTRESS HD.....	90
<i>global alcohol prep ease</i>	25	I		ISIBLOOM.....	32
GLUCAGEN HYPOKIT.....	99	<i>ibandronate sodium</i>	47	ISOLYTE-P IN D5W.....	93
<i>glyburide</i>	98	IBRANCE.....	80	ISOLYTE-S PH 7.4.....	94
<i>glyburide micronized</i>	98	IBU.....	59	<i>isoniazid</i>	74
<i>glyburide-metformin</i>	98	<i>ibuprofen</i>	59	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	16
<i>glycopyrrolate</i>	30	<i>icatibant acetate</i>	40	<i>isosorbide dinitrate</i>	21
<i>granisetron hcl</i>	74	ICLEVIA.....	32	<i>isosorbide mononitrate</i>	21
<i>griseofulvin microsize</i>	75	ICLUSIG.....	80	<i>isosorbide mononitrate er</i>	21
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	75	<i>icosapent ethyl</i>	18	<i>isotretinoin</i>	26
<i>guanfacine hcl</i>	19	IDHIFA.....	78	<i>isradipine</i>	13
<i>guanfacine hcl er</i>	22	ILEVRO.....	50	ISTURISA.....	37
H		<i>imatinib mesylate</i>	80	<i>itraconazole</i>	75
<i>halobetasol propionate</i>	27	IMBRUVICA.....	80	<i>ivermectin</i>	84
HALOETTE.....	32	<i>imipenem-cilastatin</i>	65	IWILFIN.....	81
<i>haloperidol</i>	88	<i>imipramine hcl</i>	73	IXCHIQ.....	45
<i>haloperidol decanoate</i>	88	<i>imiquimod</i>	25	IXIARO.....	45
<i>haloperidol lactate</i>	88	IMOVAX RABIES.....	45	J	
HAVRIX.....	44	IMVEXXY MAINTENANCE		JAKAFI.....	81
HEATHER.....	36	PACK.....	36	JANTOVEN.....	97
<i>heparin sodium (porcine)</i>	97	IMVEXXY STARTER PACK		JANUMET.....	98
HEPLISAV-B.....	44	.....	36	JANUMET XR.....	98
HIBERIX.....	44	INBRIJA.....	13	JANUVIA.....	98
HUMIRA (2 PEN).....	42	INCASSIA.....	36	JARDIANCE.....	98
HUMIRA (2 SYRINGE).....	42	INCRELEX.....	37	JASMIEL.....	32
HUMIRA-CD/UC/HS		<i>indapamide</i>	20	JAYPIRCA.....	81
STARTER.....	43	<i>indomethacin</i>	60	JOENJA.....	40
HUMIRA-PED<40KG		<i>indomethacin er</i>	60	JUBLIA.....	75
CROHNS STARTER.....	43	INFANRIX.....	45	JULEBER.....	32
HUMIRA-PED>/=40KG		INLYTA.....	80	JULUCA.....	90
CROHNS START.....	43	INQOVI.....	77	JUNEL 1.5/30.....	32
HUMIRA-PED>/=40KG UC		INREBIC.....	81	JUNEL 1/20.....	32
STARTER.....	43	<i>insulin glargine</i>	100	JUNEL FE 1.5/30.....	33
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		<i>insulin glargine solostar</i>	100	JUNEL FE 1/20.....	33
STARTER.....	43	INTELENCE.....	91	JUXTAPID.....	18
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		INTRALIPID.....	93	JYNNEOS.....	45
STARTER.....	43	INTRAROSA.....	32	K	
<i>hydralazine hcl</i>	21	INTROVALE.....	32	KALYDECO.....	55
<i>hydrochlorothiazide</i>	20	INVEGA HAFYERA.....	85	KARIVA.....	33
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	58	INVEGA SUSTENNA... 85, 86		KATERZIA.....	14
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	58	INVEGA TRINZA.....	86	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	95

<i>kcl-lactated ringers-d5w</i>	95	LEENA.....	33	LINZESS	29
KELNOR 1/35.....	33	<i>leflunomide</i>	40	<i>liothyronine sodium</i>	38
KELNOR 1/50.....	33	<i>lenalidomide</i>	76	<i>lisinopril</i>	21
KERENDIA	20	LENVIMA (10 MG DAILY	81	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	17
KESIMPTA.....	23	DOSE)	81	.....	17
<i>ketoconazole</i>	75	LENVIMA (12 MG DAILY	81	<i>lithium</i>	13
<i>ketorolac tromethamine</i> ..	50, 60	DOSE)	81	<i>lithium carbonate</i>	13
KINERET.....	43	LENVIMA (14 MG DAILY	81	<i>lithium carbonate er</i>	13
KINRIX.....	45	DOSE)	81	LIVMARLI.....	29
KISQALI (200 MG DOSE) .	81	LENVIMA (18 MG DAILY	81	LIVTENCITY	88
KISQALI (400 MG DOSE) .	81	DOSE)	81	LOKELMA.....	94
KISQALI (600 MG DOSE) .	81	LENVIMA (20 MG DAILY	81	LONSURF.....	78
KISQALI FEMARA (200 MG	78	DOSE)	81	<i>loperamide hcl</i>	28
DOSE)	78	LENVIMA (24 MG DAILY	81	<i>lopinavir-ritonavir</i>	91
KISQALI FEMARA (400 MG	78	DOSE)	81	<i>lorazepam</i>	61
DOSE)	78	LENVIMA (4 MG DAILY	81	LORAZEPAM INTENSOL .	61
KISQALI FEMARA (600 MG	78	DOSE)	81	LORBRENA.....	81
DOSE)	78	LENVIMA (8 MG DAILY	81	LORYNA	33
KLOR-CON	95	DOSE)	81	<i>losartan potassium</i>	19
KLOR-CON 10	95	LESSINA.....	33	<i>losartan potassium-hctz</i>	17
KLOR-CON M10.....	95	<i>letrozole</i>	79	<i>loteprednol etabonate</i>	50
KLOR-CON M15.....	95	<i>leucovorin calcium</i>	78	<i>lovastatin</i>	18
KLOR-CON M20.....	95	LEUKERAN	76	LOW-OGESTREL	33
KLOXXADO	53	LEUKINE.....	97	<i>loxapine succinate</i>	88
KOSELUGO	81	<i>leuprolide acetate</i>	39	<i>lubiprostone</i>	29
KRAZATI	81	<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	39	LUMAKRAS.....	78
KURVELO.....	33	LEVEMIR	100	LUMIGAN	49
L		LEVEMIR FLEXPEN.....	100	LUPKYNIS	43
<i>labetalol hcl</i>	15	<i>levetiracetam</i>	70	LUPRON DEPOT (1-	39
<i>lacosamide</i>	68	<i>levetiracetam er</i>	70	MONTH)	39
<i>lactulose</i>	29	<i>levobunolol hcl</i>	47	LUPRON DEPOT (3-	39
LAGEVRIO	88	<i>levocarnitine</i>	93	MONTH)	39
<i>lamivudine</i>	90, 92	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	56	LUPRON DEPOT (4-	39
<i>lamivudine-zidovudine</i>	90	.....	56	MONTH)	39
<i>lamotrigine</i>	69, 70	<i>levofloxacin</i>	67	LUPRON DEPOT (6-	39
<i>lamotrigine er</i>	69	<i>levofloxacin in d5w</i>	67	MONTH)	39
<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ..	70	LEVONEST	33	LUPRON DEPOT-PED (1-	39
<i>lamotrigine starter kit-green</i>	70	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	33	MONTH)	39
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	70	.....	33	LUPRON DEPOT-PED (3-	39
.....	70	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	33	MONTH)	39
LAMPIT	84	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	33	LUPRON DEPOT-PED (6-	39
LANOXIN.....	17	LEVORA 0.15/30 (28).....	33	MONTH)	39
<i>lansoprazole</i>	30	<i>levothyroxine sodium</i>	38	<i>lurasidone hcl</i>	86
LANTUS	100	LEVOXYL	38	LUTERA	33
LANTUS SOLOSTAR	100	LEXIVA	91	LYBALVI.....	86
<i>lapatinib ditosylate</i>	81	LIALDA	51	LYLEQ	36
LARIN 1.5/30.....	33	<i>lidocaine</i>	60	LYNPARZA.....	78
LARIN 1/20.....	33	<i>lidocaine hcl</i>	60	LYSODREN.....	77
LARIN FE 1.5/30.....	33	<i>lidocaine viscous hcl</i>	60	LYTGOBI (12 MG DAILY	81
LARIN FE 1/20.....	33	<i>lidocaine-prilocaine</i>	60	DOSE)	81
<i>latanoprost</i>	49	<i>linezolid</i>	62		

LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	82	<i>metoprolol tartrate</i>	15	<i>naproxen sodium</i>	60
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	82	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	17	<i>naratriptan hcl</i>	11
LYZA	36	<i>metronidazole</i>	62	NATACYN.....	49
M		<i>metyrosine</i>	17	<i>nateglinide</i>	98
<i>magnesium sulfate</i>	95	<i>mexiletine hcl</i>	19	NAYZILAM.....	68
<i>malathion</i>	28	MICROGESTIN 1.5/30.....	33	<i>nebivolol hcl</i>	15
<i>maraviroc</i>	92	MICROGESTIN 1/20.....	33	NECON 0.5/35 (28).....	34
<i>marlissa</i>	33	MICROGESTIN FE 1.5/30..	33	<i>nefazodone hcl</i>	72
MARPLAN	71	MICROGESTIN FE 1/20.....	34	<i>neomycin sulfate</i>	61
MATULANE	76	<i>midodrine hcl</i>	19	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	49
MATZIM LA	14	<i>mifepristone</i>	99	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	49
MAVYRET	92	<i>miglitol</i>	98	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	49
MAYZENT	23	<i>miglustat</i>	52	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	49, 50
MAYZENT STARTER PACK	23	MILI	34	NERLYNX	82
<i>meclizine hcl</i>	73	<i>minocycline hcl</i>	67	NEUPRO	12
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	36, 37	<i>minoxidil</i>	21	<i>nevirapine</i>	91, 92
<i>mefloquine hcl</i>	84	<i>mirtazapine</i>	71	<i>nevirapine er</i>	91
<i>megestrol acetate</i>	37	<i>misoprostol</i>	30	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	18
MEKINIST	82	M-M-R II.....	45	<i>nicardipine hcl</i>	14
MEKTOVI	82	<i>modafinil</i>	51	NICOTROL	52
<i>meloxicam</i>	60	<i>moexipril hcl</i>	21	<i>nifedipine</i>	14
<i>memantine hcl</i>	21, 22	<i>molindone hcl</i>	88	<i>nifedipine er</i>	14
<i>memantine hcl er</i>	21	<i>mometasone furoate</i>	27, 56	<i>nifedipine er osmotic release</i>	14
MENACTRA	45	<i>montelukast sodium</i>	56, 57	NIKKI.....	34
MENEST.....	36	<i>morphine sulfate</i>	58	<i>nilutamide</i>	77
MENQUADFI.....	45	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	58	NINLARO	78
MENVEO.....	45	<i>morphine sulfate er</i>	59	<i>nitazoxanide</i>	84
<i>mercaptopurine</i>	77	MOTPOLY XR.....	68	<i>nitisinone</i>	52
<i>meropenem</i>	66	MOUNJARO.....	98	NITRO-BID.....	21
<i>mesalamine</i>	51	MOVANTIK	29	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	62
<i>mesalamine er</i>	51	<i>moxifloxacin hcl</i>	49, 67	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	62
MESNEX	78	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	67	<i>nitroglycerin</i>	21
<i>metformin hcl</i>	98	MULTAQ.....	19	<i>nizatidine</i>	29
<i>metformin hcl er</i>	98	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	95	NORA-BE	37
<i>methadone hcl</i>	59	<i>mupirocin</i>	28	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	34
<i>methazolamide</i>	48	<i>mupirocin calcium</i>	28	<i>norethindrone</i>	37
<i>methenamine hippurate</i>	62	<i>mycophenolate mofetil</i>	43	<i>norethindrone acetate</i>	37
<i>methimazole</i>	40	<i>mycophenolate sodium</i>	43	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	34
<i>methocarbamol</i>	102	MYRBETRIQ	31	<i>norethindrone-eth estradiol</i> ..	34
<i>methotrexate sodium</i>	43	N		<i>norgestimate-eth estradiol</i>	34
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	43	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> ..	29	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	34
<i>methsuximide</i>	69	<i>nabumetone</i>	60	NORTREL 0.5/35 (28).....	34
<i>methylphenidate hcl</i>	22	<i>nadolol</i>	15	NORTREL 1/35 (21).....	34
<i>methylprednisolone</i>	37	<i>nafcillin sodium</i>	65	NORTREL 1/35 (28).....	34
<i>metoclopramide hcl</i>	29	<i>naloxone hcl</i>	53		
<i>metolazone</i>	20	<i>naltrexone hcl</i>	53		
<i>metoprolol succinate er</i>	15	NAMZARIC.....	22		
		<i>naproxen</i>	60		

NORTREL 7/7/7	34	<i>ofloxacin</i>	49, 50, 67	PEMAZYRE.....	82
<i>nortriptyline hcl</i>	73	OGSIVEO	78	PENBRAYA.....	45
NORVIR.....	91	OJJAARA.....	82	<i>penicillamine</i>	30
NOVOLIN 70/30.....	100	<i>olanzapine</i>	86	<i>penicillin g pot in dextrose</i> ...	65
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN		<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	71	<i>penicillin g potassium</i>	65
.....	100	<i>olmesartan medoxomil</i>	19	<i>penicillin g sodium</i>	65
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN		<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> ..	17	<i>penicillin v potassium</i>	65
RELION	100	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ..	17	PENTACEL.....	45
NOVOLIN 70/30 RELION	100	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	18	<i>pentamidine isethionate</i>	85
NOVOLIN N.....	100	<i>omeprazole</i>	30	<i>pentoxifylline er</i>	17
NOVOLIN N FLEXPEN ...	100	OMNITROPE.....	37	<i>perindopril erbumine</i>	21
NOVOLIN N FLEXPEN		<i>ondansetron</i>	74	PERIOGARD	24
RELION	100	<i>ondansetron hcl</i>	74	<i>permethrin</i>	28
NOVOLIN N RELION	100	ONUREG	77	<i>perphenazine</i>	88
NOVOLIN R.....	101	OPSUMIT	55	<i>phenelzine sulfate</i>	71
NOVOLIN R FLEXPEN ...	100	ORGOVYX.....	78	<i>phenobarbital</i>	70
NOVOLIN R FLEXPEN		ORKAMBI.....	55	<i>phenytoin</i>	69
RELION	101	<i>orphenadrine citrate er</i>	102	<i>phenytoin sodium extended</i> ... 69	
NOVOLIN R RELION	101	ORSERDU	77	PIFELTRO	92
NOVOLOG	101	<i>oseltamivir phosphate</i>	89	<i>pilocarpine hcl</i>	24, 48
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OSPHERA.....	34	<i>pimecrolimus</i>	27
RELION	101	OTEZLA	40	<i>pimozide</i>	88
NOVOLOG FLEXPEN.....	101	<i>oxacillin sodium</i>	65	PIMTREA.....	34
NOVOLOG FLEXPEN		<i>oxacillin sodium in dextrose</i> ..	65	<i>pindolol</i>	15
RELION	101	<i>oxaprozin</i>	60	<i>pioglitazone hcl</i>	99
NOVOLOG MIX 70/30	101	<i>oxazepam</i>	60	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	99
NOVOLOG MIX 70/30		<i>oxcarbazepine</i>	68, 69	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	65
FLEXPEN	101	<i>oxybutynin chloride</i>	31	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	82
NOVOLOG MIX 70/30		<i>oxybutynin chloride er</i>	31	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	82
RELION	101	<i>oxycodone hcl</i>	58	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	82
NOVOLOG PENFILL	101	<i>oxycodone hcl er</i>	59	<i>pirfenidone</i>	54
NOVOLOG RELION	101	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	58	<i>piroxicam</i>	60
NOXAFIL	76	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	98	<i>pitavastatin calcium</i>	18
NUBEQA	77	OZEMPIC (1 MG/DOSE)....	98	PLASMA-LYTE A	95
NUCALA	54, 55	OZEMPIC (2 MG/DOSE)....	99	<i>podofilox</i>	25
NUEDEXTA	24	P		<i>polymyxin b-trimethoprim</i> ...	49
NUPLAZID.....	86	<i>paliperidone er</i>	86	POMALYST.....	76
NUTRILIPID	93	PANRETIN	25	PORTIA-28	34
NYAMYC	76	<i>pantoprazole sodium</i>	30	<i>posaconazole</i>	76
NYLIA 1/35	34	PANZYGA.....	41	<i>potassium chloride</i>	95
NYLIA 7/7/7	34	<i>paricalcitol</i>	47	<i>potassium chloride crys er</i> ... 95	
NYMYO.....	34	<i>paroxetine hcl</i>	72	<i>potassium chloride in nacl</i> ... 95	
<i>nystatin</i>	76	PAXLOVID (150/100).....	88	<i>potassium citrate er</i>	95
<i>nystatin-triamcinolone</i>	25	PAXLOVID (300/100).....	88	<i>potassium cl in dextrose 5%</i> ..	96
NYSTOP	76	<i>pazopanib hcl</i>	82	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..	12
O		PEDIARIX	45		
OCELLA	34	PEDVAX HIB.....	45		
<i>octreotide acetate</i>	39	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> 29			
ODEFSEY.....	90	<i>peg-3350/electrolytes</i>	29		
ODOMZO	82	PEGASYS	41		
OFEV	54				

<i>prasugrel hcl</i>	96	QUADRACEL	45	ROTATEQ	46
<i>pravastatin sodium</i>	18	<i>quetiapine fumarate</i>	86	ROZLYTREK	82
<i>prazosin hcl</i>	20	<i>quetiapine fumarate er</i>	86	RUBRACA.....	82
<i>prednisolone</i>	38	<i>quinapril hcl</i>	21	<i>rufinamide</i>	69
<i>prednisolone acetate</i>	50	<i>quinidine sulfate</i>	20	RUKOBIA.....	92
<i>prednisolone sodium</i>		<i>quinine sulfate</i>	85	RYBELSUS.....	99
<i>phosphate</i>	38, 50	R		RYDAPT	82
<i>prednisone</i>	38	RABAVERT	45	RYTARY.....	13
PREDNISONA INTENSOL	38	<i>raloxifene hcl</i>	47	S	
<i>preferred plus insulin syringe</i>		<i>ramipril</i>	21	SANTYL	25
.....	101	<i>ranolazine er</i>	17	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	52
<i>pregabalin</i>	23	<i>rasagiline mesylate</i>	13	SAVELLA.....	23
PREHEVBRIO.....	45	RAVICTI.....	52	SAVELLA TITRATION	
PREMARIN	36	RECLIPSEN.....	34	PACK	23
PREMASOL.....	93	RECOMBIVAX HB.....	46	SCSEMBLIX.....	82
PREMPHASE	34	RECTIV.....	21	<i>scopolamine</i>	74
PREMPRO	34	REGRANEX	25	SECUADO	87
<i>prenatal</i>	93	RELENZA DISKHALER ...	89	<i>selegiline hcl</i>	13
PREVYMIS.....	88	RELI-ON INSULIN		<i>selenium sulfide</i>	27
PREZCOBIX.....	91	SYRINGE.....	101	SELZENTRY	92
PREZISTA	91	<i>repaglinide</i>	99	SEREVENT DISKUS	57
PRIFTIN.....	74	REPATHA.....	19	<i>sertraline hcl</i>	72
<i>primaquine phosphate</i>	85	REPATHA PUSHTRONEX		SETLAKIN.....	34
<i>primidone</i>	70	SYSTEM	19	<i>sevelamer carbonate</i>	94
PRIORIX.....	45	REPATHA SURECLICK ...	19	SHAROBEL	37
PRIVIGEN	42	RETACRIT	97	SHINGRIX	46
<i>probenecid</i>	54	RETEVMO.....	82	SIGNIFOR.....	39
<i>prochlorperazine</i>	73	REXULTI.....	86	<i>sildenafil citrate</i>	56, 92
<i>prochlorperazine maleate</i> ...	73	REYATAZ	91	<i>silodosin</i>	31
PROCTO-MED HC	27	REZLIDHIA.....	82	<i>silver sulfadiazine</i>	25
PROCTOSOL HC.....	27	REZUROCK	43	SIMBRINZA	48
PROCTOZONE-HC.....	27	RHOPRESSA.....	48	<i>simvastatin</i>	18
<i>progesterone</i>	37	<i>ribavirin</i>	92	<i>sirolimus</i>	43
PROGRAF	43	<i>rifabutin</i>	74	SIRTURO	74
PROLASTIN-C.....	52	<i>rifampin</i>	74	SKYRIZI	41
PROLIA	47	<i>riluzole</i>	24	SKYRIZI PEN.....	41
PROMACTA.....	97	<i>rimantadine hcl</i>	89	<i>sodium chloride</i>	96
<i>promethazine hcl</i>	73, 74	RINVOQ	41	<i>sodium fluoride</i>	96
<i>propafenone hcl</i>	20	<i>risedronate sodium</i>	47	<i>sodium oxybate</i>	51
<i>propranolol hcl</i>	12, 15	RISPERDAL CONSTA	86	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	94
<i>propranolol hcl er</i>	12, 15	<i>risperidone</i>	87	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	92
<i>propylthiouracil</i>	40	<i>ritonavir</i>	91	SOHONOS	52
PROQUAD.....	45	<i>rivastigmine</i>	22	<i>solifenacin succinate</i>	31
PROSOL.....	93	<i>rivastigmine tartrate</i>	22	SOLIQUA.....	101
<i>protriptyline hcl</i>	73	RIVFLOZA	30	SOLTAMOX.....	77
PULMOZYME.....	55	<i>rizatriptan benzoate</i>	11	SOMAVERT	39
PURIXAN	77	ROCKLATAN	48	<i>sorafenib tosylate</i>	82
<i>pyrazinamide</i>	74	<i>roflumilast</i>	57	<i>sotalol hcl</i>	20
<i>pyridostigmine bromide</i>	11	<i>ropinirole hcl</i>	12	<i>sotalol hcl (af)</i>	20
Q		<i>rosuvastatin calcium</i>	18	SPIRIVA RESPIMAT	57
QINLOCK.....	82	ROTARIX	46	<i>spironolactone</i>	20

<i>spironolactone-hctz</i>	17	TAZTIA XT	14	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
SPRINTEC 28	35	TAZVERIK	83	.....	101
SPRITAM.....	70	TDVAX	46	TOUJEO SOLOSTAR	101
SPRYCEL	82, 83	TEFLARO	64	TPN ELECTROLYTES	93
SPS	94	TEGSEDI	52	<i>tramadol hcl</i>	59
SRONYX	35	<i>telmisartan</i>	19	<i>tramadol-acetaminophen</i>	59
SSD.....	25	<i>telmisartan-amlodipine</i>	17	<i>trandolapril</i>	21
STELARA.....	41	<i>telmisartan-hctz</i>	17	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	
STIVARGA.....	83	<i>temazepam</i>	51	.....	17
STRIBILD.....	90	TENIVAC	46	<i>tranexamic acid</i>	97
SUBOXONE	53	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tranylcypramine sulfate</i>	71
<i>sucralfate</i>	30	.....	90	TRAVASOL.....	94
<i>sulfacetamide sodium</i>	49	TEPMETKO.....	83	<i>travoprost (bak free)</i>	49
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 67		<i>terazosin hcl</i>	20	<i>trazodone hcl</i>	72
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .49		<i>terbinafine hcl</i>	76	TRECTOR	74
<i>sulfadiazine</i>	67	<i>terbutaline sulfate</i>	57	TRELEGY ELLIPTA.....	55
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>terconazole</i>	76	TRELSTAR MIXJECT	39
.....	67	<i>teriparatide (recombinant)</i> ...	47	TRESIBA	102
<i>sulfasalazine</i>	51	<i>testosterone</i>	35, 36	TRESIBA FLEXTOUCH...101	
<i>sulindac</i>	60	<i>testosterone cypionate</i>	35	<i>tretinoin</i>	26, 84
<i>sumatriptan</i>	11	<i>testosterone enanthate</i>	35	TREXALL.....	44
<i>sumatriptan succinate</i>	11	<i>tetrabenazine</i>	24	<i>triamcinolone acetonide</i> .24, 28	
<i>sumatriptan succinate refill</i> ..	11	<i>tetracycline hcl</i>	67	<i>triamterene-hctz</i>	17
<i>sunitinib malate</i>	83	THALOMID.....	77	<i>trientine hcl</i>	94
SUNLENCA.....	92	<i>theophylline er</i>	58	TRI-ESTARYLLA	35
SUTAB.....	29	<i>thioridazine hcl</i>	88	<i>trifluoperazine hcl</i>	88
SYEDA.....	35	<i>thiothixene</i>	88	<i>trifluridine</i>	89
SYMDEKO	55	TIADYLT ER.....	15	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	12
SYMLINPEN 120	99	<i>tiagabine hcl</i>	68	TRIKAFTA	55
SYMLINPEN 60	99	TIBSOVO.....	83	<i>trimethoprim</i>	62
SYMPAZAN.....	68	TICOVAC	46	TRI-MILI.....	35
SYMTUZA.....	90	<i>tigecycline</i>	62	<i>trimipramine maleate</i>	73
SYNAREL	39	<i>timolol maleate</i>	15, 47, 48	TRINTELLIX.....	72
SYNJARDY	99	<i>timolol maleate (once-daily)</i> 47		TRI-NYMYO	35
SYNJARDY XR	99	<i>tinidazole</i>	62	TRI-SPRINTEC	35
SYNTHROID.....	38	<i>tiotropium bromide</i>		TRIUMEQ.....	92
T		<i>monohydrate</i>	57	TRIUMEQ PD.....	92
TABLOID	77	TIVICAY.....	90	TRIVORA (28).....	35
TABRECTA.....	83	TIVICAY PD	90	TRI-VYLIBRA.....	35
<i>tacrolimus</i>	28, 43	<i>tizanidine hcl</i>	11	TRIZIVIR	90
TAFINLAR	83	TOBI PODHALER	55	TROPHAMINE	94
TAGRISSE	83	<i>tobramycin</i>	49, 55	<i>tropium chloride</i>	31
TAKHZYRO	40	<i>tobramycin sulfate</i>	61	<i>tropium chloride er</i>	31
TALZENNA.....	83	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	49	TRULICITY	99
<i>tamoxifen citrate</i>	77	<i>tolterodine tartrate</i>	31	TRUMENBA.....	46
<i>tamsulosin hcl</i>	31	<i>tolterodine tartrate er</i>	31	TRUQAP	83
TARINA FE 1/20 EQ.....	35	<i>tolvaptan</i>	94	TUKYSA	83
TASIGNA	83	<i>topiramate</i>	12	TURALIO.....	83
TAVNEOS	41	<i>topiramate er</i>	12	TURQOZ.....	35
<i>tazarotene</i>	26	<i>toremifene citrate</i>	77	TWINRIX.....	46
TAZORAC	26	<i>torseamide</i>	20	TYBOST.....	92

TYMLOS	47	<i>vigabatrin</i>	68	XPOVIO (40 MG TWICE	
TYPHIM VI	46	VIGADRONE	68	WEEKLY).....	78
U		VIGPODER.....	68	XPOVIO (60 MG ONCE	
UBRELVY	12	VIJOICE.....	52	WEEKLY).....	78
UNITHROID.....	38	<i>vilazodone hcl</i>	73	XPOVIO (60 MG TWICE	
<i>ursodiol</i>	29	VIRACEPT	91	WEEKLY).....	78
V		VIREAD.....	90	XPOVIO (80 MG ONCE	
<i>valacyclovir hcl</i>	89	VITRAKVI.....	83	WEEKLY).....	78
VALCHLOR.....	76	VIVITROL	53	XPOVIO (80 MG TWICE	
<i>valganciclovir hcl</i>	88	VIZIMPRO.....	83	WEEKLY).....	78
<i>valproic acid</i>	70	VONJO.....	83	XTANDI.....	77
<i>valsartan</i>	19	<i>voriconazole</i>	76	XULTOPHY.....	99
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		VOSEVI	92	XURIDEN	52
.....	17	VRAYLAR.....	87	Y	
VALTOCO 10 MG DOSE...	68	VYFEMLA.....	35	YF-VAX	46
VALTOCO 15 MG DOSE...	68	VYLIBRA	35	YONSA	77
VALTOCO 20 MG DOSE...	68	VYNDAMAX	52	Z	
VALTOCO 5 MG DOSE....	68	VYZULTA	49	<i>zafirlukast</i>	57
<i>vancomycin hcl</i>	63	W		<i>zaleplon</i>	51
VANFLYTA	83	<i>warfarin sodium</i>	97	ZARXIO	97
VAQTA.....	46	WELIREG.....	78	ZEJULA	84
<i>varenicline tartrate</i>	53	X		ZELBORAF	84
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	53	XALKORI.....	84	ZEMDRI.....	61
VARIVAX	46	XARELTO	97	ZENPEP	52
VARUBI (180 MG DOSE)..	74	XARELTO STARTER PACK		<i>zidovudine</i>	90
VASCEPA.....	19	.....	97	ZIEXTENZO	97
VELIVET	35	XATMEP.....	78	ZILBRYSQ.....	41
VELPHORO.....	94	XCOPRI	70	ZIMHI.....	53
VEMLIDY	92	XCOPRI (250 MG DAILY		<i>ziprasidone hcl</i>	87
VENCLEXTA.....	83	DOSE)	70	<i>ziprasidone mesylate</i>	87
VENCLEXTA STARTING		XCOPRI (350 MG DAILY		ZIRGAN	88
PACK	83	DOSE)	70	ZOKINVY	52
<i>venlafaxine besylate er</i>	73	XDEMZY	49	ZOLINZA.....	79
<i>venlafaxine hcl</i>	73	XERMELO.....	28	<i>zolmitriptan</i>	11
<i>venlafaxine hcl er</i>	73	XGEVA	47	<i>zolpidem tartrate</i>	51
VENTOLIN HFA.....	57	XIFAXAN.....	63	ZONISADE	69
<i>verapamil hcl</i>	15	XOFLUZA (40 MG DOSE).	89	<i>zonisamide</i>	69
<i>verapamil hcl er</i>	15	XOFLUZA (80 MG DOSE).	89	ZOVIA 1/35 (28).....	35
VERQUVO	17	XOLAIR.....	41	ZTALMY	70
VERSACLOZ	87	XOSPATA.....	84	ZURZUVAE.....	71
VERZENIO.....	83	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYDELIG.....	84
VESTURA	35	WEEKLY).....	78	ZYKADIA.....	84
VICTOZA	99	XPOVIO (40 MG ONCE		ZYPREXA RELPREVV	87
VIENVA.....	35	WEEKLY).....	78		



Este formulario se actualizó el **05/01/2024**. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Astiva Health, Inc's departamento de Servicio al miembro al 1-866-688-9021. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00AM a 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1-Marzo 31, y 8:00AM a 8:00PM de Lunes-Viernes, excepto festivos importantes de Abril 1- Septiembre 30, o visite 8:00AM a 8:00PM www.astivahealth.com

H1993_FORMULARY_2024_CSP