



Texas Independence Health Plan
Formulario para 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

ID de envío de archivo de formulario aprobado por HPMS 24464, número de versión 18

Este Formulario se actualizó el 2024/11/19. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP) Servicio para los miembros al 1-866-213-1594 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.txindependencehealthplan.com.

H5015_SF0RM_24_C

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 Texas Independence Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Health Plan.

Este documento incluye una Lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 2024/11/19. Para obtener un Formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y 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 Texas Independence Health Plan?

Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Texas Independence Health Plan 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, Texas Independence Health Plan 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 Texas Independence Health Plan 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 Texas Independence Health Plan podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al 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 usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?”.

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado 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, 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 Texas Independence Health Plan?”.

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 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 2024/11/19. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Texas Independence Health Plan comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contratapa. Texas Independence Health Plan le enviará un aviso en caso de un cambio de mitad de año en el Formulario que no sea de mantenimiento. El aviso generalmente se enviará 60 días antes del cambio. Todas las actualizaciones al Formulario se enumeran en www.txindependencehealthplan.com, junto con el Formulario más actualizado.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 7. 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 “agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 7. 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 106. 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?

Texas Independence Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, 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:** Texas Independence Health Plan exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Texas Independence Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Texas Independence Health Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Texas Independence Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá Texas Independence Health Plan. Por ejemplo, Texas Independence Health Plan proporciona 30 comprimidos por receta para VIIBRYD. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Texas Independence Health Plan 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 Texas Independence Health Plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Texas Independence Health Plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 7. 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 nuestras restricciones 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 Texas Independence Health Plan 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 puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Texas Independence Health Plan?” en la página 5 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 Texas Independence Health Plan 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 Texas Independence Health Plan. Cuando reciba la Lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Texas Independence Health Plan.
- Puede solicitar que Texas Independence Health Plan 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 Texas Independence Health Plan?

Puede solicitarle a Texas Independence Health Plan 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 no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Texas Independence Health Plan 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, Texas Independence Health Plan solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan 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 o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario 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 del medicamento por un máximo de hasta 30 días. 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 los miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (por ejemplo: centro de atención a largo plazo a hospital, hospital a centro de atención a largo plazo, hospital a hogar, hogar a centro de atención a largo plazo, hospicio a centro de atención a largo plazo, hospicio a hogar), permitiremos:

- Un resurtido anticipado para un suministro de medicamentos para 30 días en farmacias minoristas y un suministro para hasta 31 días en el entorno de atención a largo plazo para medicamentos del Formulario.
- Un surtido de transición de emergencia para medicamentos que no están en el Formulario (incluidos aquellos medicamentos que están en el Formulario, pero requieren autorización previa, terapia escalonada o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

Para obtener más información

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

Si tiene alguna pregunta sobre Texas Independence Health Plan, 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 Texas Independence Health Plan

El Formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Texas Independence Health Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la Lista, consulte el Índice que comienza en la página 106.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Texas Independence Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Beneficios estándar

- **Nivel de medicamentos 1: 25%**

Lista de Cobertura de Medicamentos
Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTIESPASTICIDAD	10
AGENTES ANTIMIASTENICOS	10
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	10
AGENTES ANTIPARKINSON	11
AGENTES BIPOLARES	12
AGENTES CARDIOVASCULARES	13
AGENTES DE ANTIDEMENCIA	20
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	21
AGENTES DENTALES Y ORALES	23
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)	38
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)	39
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)	39
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)	40
AGENTES INMUNOLÓGICOS	40
AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA	47
AGENTES OFTÁLMICOS	48
AGENTES ÓTICOS	51
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA	51
AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO	52
AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	53
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS/ANTI-ADICCIÓN	54
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA	55
AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO	55
ANALGÉSICOS	59
ANESTÉSICOS	61
ANSIOLÍTICOS	62

ANTIBACTERIANOS	62
ANTICONVULSIVOS	69
ANTIDEPRESIVOS	72
ANTIEMÉTICOS	75
ANTIMICOBACTERIANOS	76
ANTIMICÓTICOS	77
ANTINEOPLÁSICOS	78
ANTIPARASITARIOS	87
ANTIPSICÓTICOS	88
ANTIVIRALES	91
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS	95
PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE	99
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE	100
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO	105

Leyenda

1: Medicamentos cubiertos

BvD: Parte B vs. Parte D - Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar esta determinación.

HRM: Medicamentos de alto riesgo - Es posible que se requiera autorización previa (PA) para personas mayores de 65 años.

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

PA: Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

QL: Límite de cantidad - Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST: Terapia de pasos - En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
Agentes Antiespasticidad		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
AGENTES ANTIMIASTENICOS		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)		
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 ML per 30 days)
Alcaloides Del Ergot		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	QL (8 ML per 28 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	1	QL (40 EA per 28 days)
Profiláctico		
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	1	MO
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 EA per 30 days)

AGENTES ANTIPARKINSON

Agentes Antiparkinsonianos, Otros

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	1	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	MO

Agonistas De La Dopamina

<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	1	MO
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO

Anticolinérgicos

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Inhibidores De La Monoaminooxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
Precusores De Dopamina Y/O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	1	PA; MO; QL (300 EA per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	1	ST; MO
AGENTES BIPOLARES		
Estabilizadores Del Estado De Ánimo		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES CARDIOVASCULARES		
Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	1	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
Agentes Bloqueadores De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas		
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
TIADYL T ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	1	MO
<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>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
Agentes Bloqueantes Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
Agentes Cardiovasculares, Otros		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<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>	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	MO
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	1	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	MO
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	MO
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	1	MO
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	MO
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO
Agentes Para Dislipidemias, Derivados Del Ácido Fíbrico		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	1	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	MO
Agentes Para Dislipidemias, Inhibidores De La Hmg Coa Reductasa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	MO
Agentes Para Dislipidemias, Otros		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm, 1 gm</i>	1	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	1	PA; MO
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	1	PA; MO
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	1	PA; MO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	1	PA; MO
Agonistas Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	MO
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	1	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	MO
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
Diuréticos, Bucle		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
Diuréticos, Tiazidas		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina (Eca)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
Vasodilatadores Arteriales/Venosos De Acción Directa		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	1	MO
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	1	MO
AGENTES DE ANTIDEMENCIA		
Agentes Antidemencia, Otros		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	MO
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	1	
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	1	MO
Inhibidores De Colinesterasa		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Con Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, Sin Anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
Agentes De Esclerosis Múltiple		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML	1	PA; MO
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA; MO
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	1	PA; MO
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	1	PA
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	PA; MO
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	PA; MO
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG	1	PA; MO
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG, 7 X 0.25 MG	1	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	1	PA; MO
Agentes De Fibromialgia		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO; QL (900 ML per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	QL (55 EA per 28 days)
Agentes De Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad, Anfetaminas		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
Sistema Nervioso Central, Otros		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; 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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG	1	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	1	PA; QL (28 EA per 28 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	1	PA; QL (42 EA per 28 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (3600 ML per 30 days)
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	1	PA; MO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	PA; QL (28 EA per 28 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	PA; MO
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	PA; MO
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA; MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)

AGENTES DENTALES Y ORALES

Agentes Dentales Y Orales

<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	1	PA
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	1	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	1	
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %	1	PA
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	PA
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM 1-1 %	1	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 %	1	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	1	PA
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	1	
Agentes Para Acné Y Rosácea		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ACUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	PA
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	1	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	1	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-5 %</i>	1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	1	PA
Agentes Para Dermatitis Y Pruitus		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	1	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	1	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	1	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	1	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Antiinfecciosos Tópicos		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	1	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	1	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %, 1 % (twice daily)</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	
<i>ery external pad 2 %</i>	1	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	
Pediculicidas/Escabicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Agentes Antidiarreicos		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Contra El Estreñimiento		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	1	MO
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG, 600 MCG	1	PA; MO
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG, 400 MCG	1	PA; MO
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	1	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	PA; MO
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
Antagonistas Del Receptor De Histamina2 (H2)		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
Antiespasmódicos, Gastrointestinales		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral packet 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
Protectores		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	MO
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	1	MO
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Otros		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	1	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 50 mg</i>	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (0.5 ML per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML	1	PA; MO; QL (0.8 ML per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 ML per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes Para Hipertrofia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO
Antiespasmódicos, Urinarios		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	1	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	MO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	1	MO
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	MO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/ MODIFICADORES)		
Agentes Hormonales, Estimulantes/ De Reemplazo/ Modificadores (Hormonas Sexuales/ Modificadores)		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	1	MO
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	1	MO
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	1	MO
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	MO
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	1	MO
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	1	MO
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	1	MO
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	1	MO
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	MO
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	1	MO
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	1	MO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	1	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	1	MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	MO
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	1	MO
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	1	MO
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	MO
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	1	MO
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	MO
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	MO
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	1	MO
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	1	MO
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	1	MO
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	1	MO
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<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>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	1	PA; MO
Estrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1	MO
<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>	1	MO
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	1	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG	1	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	1	MO
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	1	MO
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	1	MO
Progestinas		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (PITUITARIA)		
Agentes Hormonales, Estimulantes/ De Reemplazo/ Modificadores (Pituitaria)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA; MO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	1	PA; MO

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

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

<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	1	PA; MO; QL (240 EA per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	BvD
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	1	BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	BvD
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	1	BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	

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
<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
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
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	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	1	MO

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)

Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)

<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	PA
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	PA
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	1	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	1	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA; MO; QL (60 ML per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; MO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)

Agentes Antitiroideos

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	MO

AGENTES INMUNOLÓGICOS

Agentes De Angioedema

<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	1	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
Agentes Inmunológicos, Otros		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA; MO
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA; MO
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
JOENJA ORAL TABLET 70 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	PA; QL (55 EA per 28 days)
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; MO
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; MO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML	1	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA; QL (8 EA per 28 days)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 16.6 MG/0.416ML	1	PA; MO; QL (11.648 ML per 28 days)
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA; MO
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA; MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	PA
Inmunoglobulinas		
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	1	BvD
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML	1	BvD
Inmunosupresores		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	BvD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	BvD; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA; MO
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	1	BvD; MO
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	BvD; MO
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	1	BvD; MO
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	BvD; MO
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG	1	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BvD
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	BvD; MO
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	BvD; MO
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA; MO
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	BvD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	BvD; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	BvD; MO
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	BvD
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	1	BvD
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	BvD
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	BvD
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	BvD
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	BvD
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOL INJECTION INJECTABLE	1	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	
PENBRA YA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	BvD
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABA VERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	BvD
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	

AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA

Agentes Metabólicos Para La Enfermedad Ósea

<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	MO
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	BvD; MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	BvD; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	BvD; MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	BvD; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	BvD; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	1	MO
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	1	MO
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	1	PA; MO
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	PA; MO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA; QL (1.7 ML per 28 days)

AGENTES OFTÁLMICOS

Agentes Oftálmicos Antialérgicos

<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	

Agentes Oftálmicos Bloqueadores Beta-Adrenérgicos

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

Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros

<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	MO
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	1	MO
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	MO
Agentes Oftálmicos, Otros		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	1	PA; MO; QL (20 ML per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	1	PA; MO; QL (60 ML per 30 days)
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
Análogos De Prostaglandina Y Prostamida Oftálmicos		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	MO
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	1	MO
Antiinfecciosos Oftálmicos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
XDEMZY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	1	PA
Antiinflamatorios Oftálmicos		
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	1	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	1	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	1	
AGENTES ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	

AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO
Glucocorticoides		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO		
Agentes Promotores De La Vigilia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	PA; QL (540 ML per 30 days)
Agentes Promotores Del Sueño		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	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>	1	MO
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	MO
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	1	PA; MO
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	1	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	1	PA; MO
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO; QL (28 EA per 28 days)
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG, 10 MG	1	PA; MO; QL (56 EA per 28 days)
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 284 MG/1.5ML	1	PA; MO
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG	1	PA; MO
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG	1	PA; MO
YARGESA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO
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	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA; MO
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	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	1	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	
Agentes Para La Reversión De Opioides		
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1	
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 5 MG/0.5ML	1	
Dependencia De Opioides		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG	1	QL (90 EA per 30 days)
Disuasivos De Alcohol/Anti-Deseo		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA		
Agentes Para Tratamiento De La Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	MO
AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO		
Agentes De Fibrosis Pulmonar		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; MO
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; MO
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg</i>	1	PA; MO
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	BvD
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	MO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	1	MO
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	MO
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	1	MO
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	MO
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	BvD; MO
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol 115-21 mcg/act, 230-21 mcg/act, 45-21 mcg/act</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	1	MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	BvD; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4ML	1	PA; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA; MO
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	1	MO
Agentes Para Fibrosis Quística		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	1	PA; MO
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	1	PA; MO; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; MO; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	BvD; MO
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	1	PA; MO; QL (56 EA per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	BvD; MO
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	1	PA; MO; QL (84 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	1	PA; MO; QL (56 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Antihipertensivos Pulmonares		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 EA per 30 days)
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
Antiinflamatorios, Corticosteroides Inhalados		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	MO
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	1	MO
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	1	MO
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	1	MO
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	MO
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	1	BvD; MO
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act, 44 mcg/act</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	1	MO
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	BvD; MO
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	1	MO
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	MO
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	1	MO
Broncodilatadores, Simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	BvD; MO
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	BvD; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	MO
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	1	MO
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	1	MO
Inhibidores De La Fosfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	1	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	MO
ANALGÉSICOS		
Analgésicos Opioides, De Acción Corta		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	1	
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	1	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	1	
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	1	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5ml</i>	1	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	
<i>tramadol hcl oral solution 5 mg/ml</i>	1	QL (2400 ML per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<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>	1	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
Analgésicos		
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
Fármacos Anti-Inflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO

ANESTÉSICOS

Anestésicos Locales

<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	1	QL (50 ML per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	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	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	1	

Benzodiacepinas

<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i>	1	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	

ANTIBACTERIANOS

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Aminoglucósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	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>	1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	1	
Antibacterianos, Otros		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	1	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG/ML, 50 MG/ML	1	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	PA

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 750-5 mg/150ml-%</i>	1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%</i>	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	MO
Betalactámicos, Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	1	
Betalactámicos, Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/50ml</i>	1	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
Carbapenémicos		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	1	ST
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	ST
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	1	
Quinolonas		
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
ANTICONVULSIVOS		
Agentes De Aumento Del Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	MO; QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	QL (10 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	1	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	1	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	1	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	1	QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	1	PA; MO
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	1	PA; MO
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	1	PA; MO
Agentes Del Canal De Sodio		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1	MO
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	1	MO
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	1	MO
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	1	MO; QL (2400 ML per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (240 EA per 30 days)
Agentes Modificadores De Los Canales De Calcio		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	MO
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
Anticonvulsivos, Otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA; MO; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	1	PA; MO; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	1	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA; MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	MO; QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	MO; 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>	1	MO
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

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

ANTIDEPRESIVOS

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Antidepresivos, Otros		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	MO
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA; QL (14 EA per 14 days)
Inhibidores De La Monoaminoxidasa		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	MO
Isrs/Irsn (Inhibidor Selectivo De La Recaptación De Serotonina/Inhibidor De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)		
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	QL (28 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	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>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
ANTIEMÉTICOS		
Antieméticos, Otros		
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	1	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
Complementos De Terapia Emetogénica		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	BvD; QL (4 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg, 80 mg</i>	1	BvD; QL (8 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1	BvD; QL (12 EA per 28 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	1	BvD
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	1	BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	BvD
ANTIMICOBACTERIANOS		
Antimicobacterianos, Otros		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	

ANTIMICÓTICOS

Antimicóticos

ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	BvD
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	BvD
<i>casprofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	1	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	PA
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	1	PA
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL ORAL PACKET 300 MG	1	PA; MO
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (300 ML per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
ANTINEOPLÁSICOS		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA; 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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Agentes Alquilantes		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	BvD
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	BvD
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Antiangiogénicos		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA; MO
Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
Antiestrógenos/Modificadores		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	1	PA
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	PA; MO
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	PA; MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Antimetabolitos		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	MO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	1	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
Antineoplásticos, Otros		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA; MO
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA; QL (91 EA per 28 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	1	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA; QL (3 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
Inhibidores De Aromatasa, 3Ra Generación		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	MO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
Inhibidores De Blanco Molecular		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA; QL (84 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; QL (28 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	PA; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 140 mg</i>	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (84 EA per 21 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (21 EA per 21 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA; QL (240 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; QL (240 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA; 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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA; QL (84 EA per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA; QL (140 EA per 28 days)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	PA; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	PA; QL (96 ML per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	PA; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA; QL (14 EA per 21 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	PA; QL (360 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; QL (240 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	PA; QL (28 EA per 28 days)
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	PA; QL (900 EA per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA; QL (64 EA per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA; QL (42 EA per 28 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA; QL (56 EA per 28 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	PA; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	PA; 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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	1	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA
ANTIPSIÓTICOS		
Atípico/2Da Generación		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 ML per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO; QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	QL (8 EA per 28 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 ML per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	QL (2.63 ML per 90 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	MO
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	MO
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 7.5 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	MO; QL (1 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 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; QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO; QL (480 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	QL (6 EA per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	1	QL (2 EA per 28 days)
Resistente Al Tratamiento		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	QL (540 ML per 30 days)
Típico/1Ra Generación		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
ANTIVIRALES		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; MO; QL (28 EA per 28 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	MO
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	1	
Agentes Antigripales		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	1	
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	1	
Agentes Antiherpéticos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	BvD
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa De Nucleósidos Y Nucleótidos (Nrti)		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	MO
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	MO
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	MO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	MO
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	MO
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	MO
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Integrasa (Insti)		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	MO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	MO
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	MO
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	MO
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	MO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	1	MO
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	1	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	MO
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	MO
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	MO
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (Nnrti)		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	MO
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	MO
Agentes Anti-Vih, Otros		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	MO
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	MO
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	1	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	MO
<i>trimeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	1	MO
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	MO
Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	1	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	MO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	MO
Agentes Contra La Hepatitis C (Vhc)		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	1	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	1	PA
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Electrolitos/Minerales/Metales/Vitaminas		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	1	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvD
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	1	BvD
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10- 0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	BvD
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvD
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	MO
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	BvD
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	1	BvD
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	BvD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	1	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	1	BvD
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	1	BvD
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	BvD
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	BvD
Ligantes De Fosfato		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(Fe)	1	PA; MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	MO
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1	MO
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	1	MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	MO
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	1	MO
Modificadores De Electrolitos/Minerales/Metales		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; MO
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG	1	PA; MO
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	1	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	1	
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	1	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>	1	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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Reemplazo De Electrolitos/Minerales		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	1	PA; MO
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvD
<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>	1	
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	1	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	MO
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	MO
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	MO
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	1	MO
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	1	MO
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	MO
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	1	BvD
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvD
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 2.2 (1 f) mg</i>	1	
PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE		
Agentes Modificadores De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	1	MO
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
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
<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
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	1	MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	1	MO
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML	1	PA; MO; QL (16.072 ML per 28 days)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 32.4 MG/0.81ML	1	PA; MO; QL (22.68 ML per 28 days)
Productos Y Modificadores De Sangre, Otros		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
ALVAIZ ORAL TABLET 36 MG, 54 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	1	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	1	PA; MO; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	1	PA; MO; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	1	PA
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA

REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE

Agentes Antidiabéticos

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1	MO
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	MO
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	1	MO
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	1	MO
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 ML per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	MO
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	1	PA; MO
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	1	PA; MO
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG	1	MO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	1	PA; MO; QL (9 ML per 28 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	MO; QL (15 ML per 30 days)
Agentes Glucémicos		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	1	
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; 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 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
Insulinas		
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO
<i>gauze pads pad 2"x2"</i>	1	
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO
<i>insulin aspart flexpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	MO
<i>insulin aspart injection solution 100 unit/ml</i>	1	MO
<i>insulin aspart penfill subcutaneous solution cartridge 100 unit/ml</i>	1	MO
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO
<i>insulin syringe-needle u-100 29g x 1/2" 1 ml</i>	1	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	1	
<i>qc pen needles 29g x 12mm</i>	1	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	MO; QL (18 ML per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	1	MO
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

Relajantes Del Músculo Esquelético

<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 9. Identificacion del formulario 24464, Version 18. Efectivo 2024/12/01. Fecha en que se actualizo 2024/11/19.

Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	92	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	93	
ABELCET	77	
ABILIFY ASIMTUFII	88	
ABILIFY MAINTENA	88	
<i>abiraterone acetate</i>	79	
ABRYSSVO	44	
<i>acamprosate calcium</i>	54	
<i>acarbose</i>	101	
ACCUTANE	25	
<i>acebutolol hcl</i>	14	
<i>acetaminophen-codeine</i>	59	
<i>acetazolamide</i>	48	
<i>acetazolamide er</i>	48	
<i>acetic acid</i>	30, 51	
<i>acetylcysteine</i>	55	
<i>acitretin</i>	25	
ACTHIB	44	
ACTIMMUNE	42	
<i>acyclovir</i>	27, 92	
<i>acyclovir sodium</i>	92	
ADACEL	44	
<i>adapalene</i>	25	
<i>adefovir dipivoxil</i>	95	
ADEMPAS	57	
ADVAIR HFA	55	
AKEEGA	81	
<i>albendazole</i>	87	
<i>albuterol sulfate</i>	58	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	58	
<i>alclometasone dipropionate</i>	25	
ALECENSA	81	
<i>alendronate sodium</i>	47	
<i>alfuzosin hcl er</i>	31	
<i>aliskiren fumarate</i>	14	
<i>allopurinol</i>	55	
<i>alosetron hcl</i>	28	
<i>alprazolam</i>	62	
ALTAVERA	31	
ALUNBRIG	81	
ALVAIZ	100	
<i>alyacen 1/35</i>	32	
<i>amantadine hcl</i>	11	
<i>ambrisentan</i>	57	
<i>amikacin sulfate</i>	63	
<i>amiloride hcl</i>	19	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	14	
<i>amiodarone hcl</i>	18	
<i>amitriptyline hcl</i>	75	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	14	
<i>amlodipine besylate</i>	13	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	14	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	15	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	15	
<i>ammonium lactate</i>	25	
AMNESTEEM	25	
<i>amoxapine</i>	75	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	28	
<i>amoxicillin</i>	66	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	66	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	66	
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine</i>	22	
<i>amphotericin b</i>	77	
<i>amphotericin b liposome</i>	77	
<i>ampicillin</i>	66	
<i>ampicillin sodium</i>	66	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	66	
<i>anagrelide hcl</i>	100	
<i>anastrozole</i>	81	
ANORO ELLIPTA	55	
<i>apraclonidine hcl</i>	48	
<i>aprepitant</i>	76	
APRI	32	
APTIOM	70	
APTIVUS	94	
ARANELLE	32	
ARCALYST	41	
AREXVY	44	
ARIKAYCE	63	
<i>aripiprazole</i>	88	
<i>armodafinil</i>	52	
ARNUITY ELLIPTA	57	
<i>asenapine maleate</i>	88	
ASMANEX (120 METERED DOSES)	57	
ASMANEX (30 METERED DOSES)	57	
ASMANEX (60 METERED DOSES)	57	
ASMANEX HFA	57	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	99	
<i>atazanavir sulfate</i>	94	
<i>atenolol</i>	14	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	15	
<i>atomoxetine hcl</i>	21	
<i>atorvastatin calcium</i>	16	
<i>atovaquone</i>	87	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	87	
<i>atropine sulfate</i>	49	
ATROVENT HFA	58	
AUBRA EQ	32	
AUGTYRO	81	
AURYXIA	97	
AUSTEDO	22, 23	
AUSTEDO XR	23	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	23	
AUVELITY	73	
AVIANE	32	
AVONEX PEN	21	
AVONEX PREFILLED	21	
AYVAKIT	81	
<i>azathioprine</i>	42	
<i>azelastine hcl</i>	48, 57	
<i>azithromycin</i>	67	
<i>aztreonam</i>	63	
AZURETTE	32	
B		
<i>bacitracin</i>	50	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	50	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	49	
<i>baclofen</i>	10	
<i>balsalazide disodium</i>	52	
BALVERSA	81	
BALZIVA	32	
BAQSIMI ONE PACK	102	
BARACLUDGE	95	
<i>bcg vaccine</i>	44	
BD INSULIN SYRINGE	103	
BELSOMRA	52	
<i>benazepril hcl</i>	19	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	15	
BENLYSTA	42, 43	

<i>benznidazole</i>	87	<i>buprenorphine hcl</i>	54	<i>cefixime</i>	65
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	25	<i>buprenorphine hcl-naloxone</i> <i>hcl</i>	54	<i>cefoxitin sodium</i>	65
<i>benztropine mesylate</i>	12	<i>bupropion hcl</i>	73	<i>cefepodoxime proxetil</i>	65
BESIVANCE	68	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	54	<i>cefprozil</i>	65
BESREMI	42	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	73	<i>ceftazidime</i>	65
<i>betaine</i>	53	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	73	<i>ceftriaxone sodium</i>	65
<i>betamethasone dipropionate</i> 25, 26		<i>bupropion hcl er (sr)</i>	73	<i>cefuroxime axetil</i>	65
<i>betamethasone dipropionate</i> <i>aug</i>	25	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	73	<i>cefuroxime sodium</i>	65
<i>betamethasone valerate</i>	26	<i>buspirone hcl</i>	62	<i>celecoxib</i>	60
BETASERON	21	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	60	<i>cephalexin</i>	65, 66
<i>betaxolol hcl</i>	14, 48	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	60	<i>cetirizine hcl</i>	57
<i>bethanechol chloride</i>	30	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> ..	60	<i>cevimeline hcl</i>	23
<i>bexarotene</i>	87	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ..	60	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	62
BEXSERO	44	BYLVAY	29	<i>chlorhexidine gluconate</i>	23
<i>bicalutamide</i>	79	BYLVAY (PELLETS)	29	<i>chloroquine phosphate</i>	87
BICILLIN C-R	66	C		<i>chlorpromazine hcl</i>	91
BICILLIN C-R 900/300	66	<i>cabergoline</i>	39	<i>chlorthalidone</i>	19
BICILLIN L-A	66	CABOMETYX	82	<i>cholestyramine</i>	17
BIKTARVY	93	<i>calcipotriene</i>	24	<i>cholestyramine light</i>	17
<i>bimatoprost</i>	50	<i>calcitonin (salmon)</i>	47	<i>ciclopirox</i>	27
<i>bisoprolol fumarate</i>	14	<i>calcitriol</i>	24, 47	<i>ciclopirox olamine</i>	77
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	15	<i>calcium acetate</i>	97	<i>cilostazol</i>	99
BLISOVI FE 1.5/30	32	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	97	CIMDUO	93
BOOSTRIX	44	CALQUENCE	82	<i>cimetidine</i>	29
<i>bosentan</i>	57	CAMILA	36	<i>cinacalcet hcl</i>	47
BOSULIF	82	CAMZYOS	15	<i>ciprofloxacin hcl</i>	51, 68
BRAFTOVI	82	<i>candesartan cilexetil</i>	18	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	68
BREO ELLIPTA	55	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	15	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	51
BREZTRI AEROSPHERE ..	55	CAPLYTA	88	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf51</i>	51
<i>briellyn</i>	32	CAPRELSA	82	<i>citalopram hydrobromide</i>	73
BRILINTA	99	<i>captopril</i>	19	CLARAVIS	25
<i>brimonidine tartrate</i>	48	<i>carbamazepine</i>	70	<i>clarithromycin</i>	68
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	48	<i>carbamazepine er</i>	70	<i>clarithromycin er</i>	68
<i>brinzolamide</i>	49	<i>carbidopa</i>	12	CLENPIQ	29
BRIVIACT	71	<i>carbidopa-levodopa</i>	12	<i>clindamycin hcl</i>	63
<i>bromfenac sodium</i>	51	<i>carbidopa-levodopa er</i>	12	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	63
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	50	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i>	11	<i>clindamycin phos-benzoyl</i> <i>perox</i>	25
<i>bromocriptine mesylate</i>	11	<i>carglumic acid</i>	98	<i>clindamycin phosphate</i> ..27, 28, 63	
BROMSITE	51	<i>carisoprodol</i>	105	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	63
BRONCHITOL	56	<i>carteolol hcl</i>	48	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	96
BRUKINSA	82	CARTIA XT	13	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	96
<i>budesonide</i>	52, 57	<i>carvedilol</i>	14	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	96
<i>budesonide er</i>	52	<i>caspofungin acetate</i>	77	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	96
<i>budesonide-formoterol</i> <i>fumarate</i>	55	CAYSTON	56		
<i>bumetanide</i>	19	<i>cefaclor</i>	64		
		<i>cefadroxil</i>	64, 65		
		<i>cefazolin sodium</i>	65		
		<i>cefdinir</i>	65		
		<i>cefepime hcl</i>	65		

CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	96	CREON	53	DIACOMIT	71
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	96	<i>cromolyn sodium</i>	48, 53, 55	<i>diazepam</i>	62, 69
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	96	CRYSSELLE-28	32	DIAZEPAM INTENSOL.....	62
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	96	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	105	<i>diazoxide</i>	102
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	96	<i>cyclophosphamide</i>	79	<i>diclofenac potassium</i>	61
CLINISOL SF	96	<i>cyclosporine</i>	43, 49	<i>diclofenac sodium</i>	24, 51, 61
<i>clobazam</i>	69	<i>cyclosporine modified</i>	43	<i>diclofenac sodium er</i>	61
<i>clobetasol propionate</i>	26	<i>cyproheptadine hcl</i>	57	<i>diclofenac-misoprostol</i>	61
<i>clobetasol propionate e</i>	26	CYRED EQ	32	<i>dicloxacillin sodium</i>	66
<i>clobetasol propionate emulsion</i>	26	CYSTADROPS	49	<i>dicyclomine hcl</i>	29, 30
<i>clomipramine hcl</i>	75	CYSTAGON	53	DIFICID	68
<i>clonazepam</i>	62	CYSTARAN	49	<i>diflunisal</i>	61
<i>clonidine</i>	18	D		<i>difluprednate</i>	51
<i>clonidine hcl</i>	17	<i>dalfampridine er</i>	22	<i>digoxin</i>	15
<i>clopidogrel bisulfate</i>	99	<i>danazol</i>	36	<i>dihydroergotamine mesylate</i> 10	
<i>clorazepate dipotassium</i>	62	<i>dapsone</i>	76	DILANTIN	70
<i>clotrimazole</i>	77	DAPTACEL.....	45	<i>diltiazem hcl</i>	13
<i>clotrimazole-betamethasone</i> .24		<i>daptomycin</i>	63	<i>diltiazem hcl er</i>	13
<i>clozapine</i>	90, 91	<i>darifenacin hydrobromide er</i> 31		<i>diltiazem hcl er beads</i>	13
COARTEM	87	<i>darunavir</i>	94	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	13
<i>codeine sulfate</i>	59	<i>dasatinib</i>	82	<i>dilt-xr</i>	13
<i>colchicine</i>	55	DAURISMO.....	82	<i>dimethyl fumarate</i>	22
<i>colchicine-probenecid</i>	55	DAYBUE	23	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	22
<i>colesevelam hcl</i>	17	DEBLITANE.....	37	<i>diphenoxylate-atropine</i>	28
<i>colestipol hcl</i>	17	<i>deferasirox</i>	97	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> 45	
<i>colistimethate sodium (cba)</i> .63		<i>deferasirox granules</i>	97	<i>dipyridamole</i>	99
COMBIVENT RESPIMAT .55		<i>deferiprone</i>	97	<i>disopyramide phosphate</i>	18
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	82	DELSTRIGO.....	93	<i>disulfiram</i>	54
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	82	<i>demeclocycline hcl</i>	69	<i>divalproex sodium</i>	12
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	82	DEPO-SUBQ PROVERA 104	37	<i>divalproex sodium er</i>	12
COMPLERA	94	DESCOVY	93	<i>dofetilide</i>	18
COMPRO	75	<i>desipramine hcl</i>	75	<i>donepezil hcl</i>	21
<i>constulose</i>	28	<i>desloratadine</i>	57	<i>dorzolamide hcl</i>	49
COPAXONE.....	22	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	37	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .49	
COPIKTRA.....	82	<i>desmopressin acetate</i>	37	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	49
COSENTYX.....	41	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> 32		DOVATO	93
COSENTYX (300 MG DOSE)	41	<i>desonide</i>	26	<i>doxazosin mesylate</i>	19
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	41	<i>desoximetasone</i>	26	<i>doxepin hcl</i>	52, 75
COSENTYX UNOREADY .41		<i>desvenlafaxine er</i>	73	DOXY 100.....	69
COTELLIC.....	82	<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..73		<i>doxycycline hyclate</i>	69
		<i>dexamethasone</i>	38	<i>doxycycline monohydrate</i>	69
		<i>dexamethasone sod phosphate</i> <i>pf</i>	38	DRIZALMA SPRINKLE.....	74
		<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	38, 51	<i>dronabinol</i>	76
		<i>dexmethylphenidate hcl</i>	21	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i>	32
		<i>dextroamphetamine sulfate</i> ...22		DROXIA.....	80
		<i>dextrose</i>	96	<i>droxidopa</i>	18
		<i>dextrose-sodium chloride</i>	96	DUAVEE.....	36

<i>duloxetine hcl</i>	74	ERRIN	37	FINTEPLA	71
DUPIXENT	41	<i>ertapenem sodium</i>	67	FIRMAGON.....	39
<i>dutasteride</i>	31	<i>ery</i>	28	FIRMAGON (240 MG DOSE)	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> ...	31	ERYTHROCIN		.....	39
E		LACTOBIONATE	68	FIRVANQ	63
<i>econazole nitrate</i>	77	<i>erythromycin</i>	28, 50, 68	<i>flavoxate hcl</i>	31
EDURANT	94	<i>erythromycin base</i>	68	<i>flecainide acetate</i>	18
<i>efavirenz</i>	94	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	68	<i>fluconazole</i>	77
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>		<i>escitalopram oxalate</i>	74	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	
.....	93	<i>esomeprazole magnesium</i>	30	.....	77
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>		ESTARYLLA.....	32	<i>flucytosine</i>	77
.....	93	<i>estradiol</i>	36	<i>fludrocortisone acetate</i>	38
ELIGARD	39	<i>ethambutol hcl</i>	76	<i>flunisolide</i>	57
ELIQUIS	99	<i>ethosuximide</i>	71	<i>fluocinolone acetonide</i>	26, 51
ELIQUIS DVT/PE STARTER		<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	32	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	26
PACK	99	<i>etodolac</i>	61	<i>fluocinonide</i>	26, 27
ELMIRON.....	30	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>fluocinonide emulsified base</i>	26
ELURYNG.....	32	.....	32	<i>fluorometholone</i>	51
EMGALITY	10, 11	<i>etravirine</i>	94	<i>fluorouracil</i>	24
EMSAM	73	EUCRISA.....	26	<i>fluoxetine hcl</i>	74
<i>emtricitabine</i>	93	EUTHYROX	39	<i>fluphenazine decanoate</i>	91
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	93	<i>everolimus</i>	43, 82	<i>fluphenazine hcl</i>	91
EMTRIVA.....	93	EVOTAZ.....	94	<i>flurbiprofen</i>	61
EMVERM	87	EVRYSDI.....	23	<i>flurbiprofen sodium</i>	51
<i>enalapril maleate</i>	19	<i>exemestane</i>	81	<i>fluticasone propionate</i>	27, 58
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>ezetimibe</i>	17	<i>fluticasone propionate hfa</i>	58
.....	15	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	17	<i>fluticasone-salmeterol</i>	55, 56
ENBREL	43	F		<i>fluvastatin sodium er</i>	17
ENBREL MINI	43	FALMINA.....	32	<i>fluvoxamine maleate</i>	74
ENBREL SURECLICK	43	<i>famciclovir</i>	92	<i>fluvoxamine maleate er</i>	74
ENGERIX-B	45	<i>famotidine</i>	29	<i>fondaparinux sodium</i>	99
ENILLORING.....	32	FANAPT	88	<i>fosamprenavir calcium</i>	94
<i>enoxaparin sodium</i>	99	FANAPT TITRATION PACK		<i>fosfomycin tromethamine</i>	63
ENPRESSE-28.....	32	.....	88	<i>fosinopril sodium</i>	19
ENSKYCE	32	<i>febuxostat</i>	55	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	15
<i>entacapone</i>	11	<i>felbamate</i>	71	FOTIVDA.....	82
<i>entecavir</i>	95	<i>felodipine er</i>	13	FRUZAQLA.....	82, 83
ENTRESTO	15	<i>fenofibrate</i>	16	<i>furosemide</i>	19
<i>enulose</i>	28	<i>fenofibrate micronized</i>	16	FUZEON	95
ENVARBUS XR	43	<i>fenofibric acid</i>	16	FYCOMPA.....	71
EPIDIOLEX	71	<i>fentanyl</i>	60	G	
<i>epinastine hcl</i>	48	FERRIPROX	97	<i>gabapentin</i>	69
<i>epinephrine</i>	58	<i>fesoterodine fumarate er</i>	31	<i>galantamine hydrobromide</i> ..	21
EPITOL	70	FETZIMA.....	74	<i>galantamine hydrobromide er</i>	
<i>eplerenone</i>	19	FETZIMA TITRATION	74	.....	21
EPRONTIA	11	FIASP	103	GARDASIL 9	45
ERAXIS	77	FIASP FLEXTOUCH	103	<i>gatifloxacin</i>	50
<i>ergotamine-caffeine</i>	10	FIASP PENFILL	103	GATTEX	29
ERIVEDGE.....	82	FILSPARI.....	15	<i>gauze pads</i>	103
ERLEADA	79	<i>finasteride</i>	31	GAVILYTE-C.....	29
<i>erlotinib hcl</i>	82	<i>finingolmod hcl</i>	22	GAVILYTE-G.....	29

GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK	29	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	27	INTRALIPID.....	96
GAVRETO.....	83	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	24	INTROVALE	33
<i>gefitinib</i>	83	<i>hydrocortisone valerate</i>	27	INVEGA HAFYERA	88
<i>gemfibrozil</i>	16	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	51	INVEGA SUSTENNA ...	88, 89
<i>generlac</i>	28	<i>hydromorphone hcl</i>	59	INVEGA TRINZA	89
GENGRAF	43	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..	87	INVOKAMET	101
<i>gentamicin in saline</i>	63	<i>hydroxyurea</i>	80	INVOKAMET XR	101
<i>gentamicin sulfate</i>	50, 63	<i>hydroxyzine hcl</i>	62	INVOKANA.....	101
GENVOYA	93	<i>hydroxyzine pamoate</i>	62	IPOL	45
GILOTRIF.....	83	HYFTOR	24	<i>ipratropium bromide</i>	58
<i>glatiramer acetate</i>	22	I		<i>ipratropium-albuterol</i>	56
GLEOSTINE.....	79	<i>ibandronate sodium</i>	47	<i>irbesartan</i>	18
<i>glimepiride</i>	101	IBRANCE	83	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	15
<i>glipizide</i>	101	IBU	61	ISENTRESS	93, 94
<i>glipizide er</i>	101	<i>ibuprofen</i>	61	ISENTRESS HD	93
<i>glipizide-metformin hcl</i>	101	<i>icatibant acetate</i>	40	ISIBLOOM.....	33
<i>global alcohol prep ease</i>	24	ICLEVIA	32	ISOLYTE-P IN D5W	96
<i>glucagon emergency</i>	102	ICLUSIG	83	ISOLYTE-S PH 7.4.....	98
<i>glyburide</i>	101	<i>icosapent ethyl</i>	17	<i>isoniazid</i>	76
<i>glyburide-metformin</i>	101	IDHIFA	80	ISOPTO ATROPINE	49
<i>glycopyrrolate</i>	30	<i>imatinib mesylate</i>	83	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	15
<i>granisetron hcl</i>	76	IMBRUVICA	83	<i>isosorbide dinitrate</i>	20
<i>griseofulvin microsize</i>	77	<i>imipenem-cilastatin</i>	67	<i>isosorbide mononitrate</i>	20
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	77	<i>imipramine hcl</i>	75	<i>isosorbide mononitrate er</i>	20
<i>guanfacine hcl</i>	18	<i>imiquimod</i>	24	<i>isotretinoin</i>	25
<i>guanfacine hcl er</i>	21	IMOVAX RABIES	45	<i>isradipine</i>	13
H		IMVEXXY MAINTENANCE PACK	36	ISTURISA	38
<i>halobetasol propionate</i>	27	IMVEXXY STARTER PACK	36	<i>itraconazole</i>	78
HALOETTE.....	32	INBRIJA.....	12	<i>ivabradine hcl</i>	15
<i>haloperidol</i>	91	INCASSIA.....	37	<i>ivermectin</i>	87
<i>haloperidol decanoate</i>	91	INCRELEX	37	IWILFIN.....	80
<i>haloperidol lactate</i>	91	<i>indapamide</i>	19	IXCHIQ	45
HAVRIX	45	<i>indomethacin</i>	61	IXIARO	45
HEATHER	37	INFANRIX.....	45	J	
<i>heparin sodium (porcine)</i>	99	INGREZZA	23	JAKAFI	83
HEPLISAV-B.....	45	INLYTA	83	JANTOVEN	100
HIBERIX.....	45	INQOVI.....	80	JANUMET	101
HUMIRA (2 PEN)	43	INREBIC	83	JANUMET XR.....	101
HUMIRA (2 SYRINGE).....	43	<i>insulin asp prot & asp flexpen</i>	103	JANUVIA.....	101
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	43	<i>insulin aspart</i>	103	JARDIANCE.....	101
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER.....	43	<i>insulin aspart flexpen</i>	103	JASMIEL.....	33
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER.....	43	<i>insulin aspart penfill</i>	103	JAYPIRCA	83
<i>hydralazine hcl</i>	20	<i>insulin aspart prot & aspart</i>	103	JOENJA.....	41
<i>hydrochlorothiazide</i>	19	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	103	JUBLIA	78
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	59	INTELENCE	94	JULEBER	33
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	59			JULUCA.....	93
<i>hydrocortisone</i>	27, 38, 52			JUNEL 1.5/30.....	33

JUXTAPID.....	17	LANTUS	103	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	33
JYNNEOS	45	LANTUS SOLOSTAR.....	103	LEVORA 0.15/30 (28)	33
K		<i>lapatinib ditosylate</i>	83	<i>levothyroxine sodium</i>	39
KALYDECO.....	56	LARIN 1.5/30.....	33	LEVOXYL	39
KARIVA	33	LARIN 1/20.....	33	<i>l-glutamine</i>	53
KATERZIA.....	13	LARIN FE 1.5/30.....	33	LIBERVANT	69
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	98	LARIN FE 1/20	33	<i>lidocaine</i>	61
<i>kcl-lactated ringers-d5w</i>	98	<i>latanoprost</i>	50	<i>lidocaine hcl</i>	61, 62
KELNOR 1/35.....	33	LAZCLUZE	83, 84	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	61
KELNOR 1/50.....	33	LEENA.....	33	<i>lidocaine viscous hcl</i>	62
KERENDIA	19	<i>leflunomide</i>	41	<i>lidocaine-prilocaine</i>	62
KESIMPTA.....	22	<i>lenalidomide</i>	79	<i>linezolid</i>	63, 64
<i>ketoconazole</i>	78	LENVIMA (10 MG DAILY		LINZESS	28
<i>ketorolac tromethamine</i> ..	51, 61	DOSE)	84	<i>liothyronine sodium</i>	39
KINERET.....	43	LENVIMA (12 MG DAILY		<i>lisinopril</i>	20
KINRIX.....	45	DOSE)	84	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
KIONEX.....	97	LENVIMA (14 MG DAILY		.....	15
KISQALI (200 MG DOSE) .	83	DOSE)	84	<i>lithium</i>	12
KISQALI (400 MG DOSE) .	83	LENVIMA (18 MG DAILY		<i>lithium carbonate</i>	12
KISQALI (600 MG DOSE) .	83	DOSE)	84	<i>lithium carbonate er</i>	12
KISQALI FEMARA (200 MG		LENVIMA (20 MG DAILY		LOKELMA.....	97
DOSE)	80	DOSE)	84	LONSURF.....	80
KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (24 MG DAILY		<i>loperamide hcl</i>	28
DOSE)	80	DOSE)	84	<i>lopinavir-ritonavir</i>	94
KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (4 MG DAILY		<i>lorazepam</i>	62
DOSE)	80	DOSE)	84	LORAZEPAM INTENSOL .	62
KLOR-CON	98	LENVIMA (8 MG DAILY		LORBRENA.....	84
KLOR-CON 10	98	DOSE)	84	LORYNA	33
KLOR-CON M10.....	98	LESSINA.....	33	<i>losartan potassium</i>	18
KLOR-CON M15.....	98	<i>letrozole</i>	81	<i>losartan potassium-hctz</i>	15
KLOR-CON M20.....	98	<i>leucovorin calcium</i>	80	<i>loteprednol etabonate</i>	51
KLOXXADO	54	LEUKERAN	79	<i>lovastatin</i>	17
KOSELUGO	83	LEUKINE.....	100	LOW-OGESTREL	33
KRAZATI	80	<i>leuprolide acetate</i>	40	<i>loxapine succinate</i>	91
KURVELO.....	33	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> 39		<i>lubiprostone</i>	28
L		<i>levabuterol hcl</i>	58	LUMAKRAS.....	80
<i>labetalol hcl</i>	14	<i>levabuterol tartrate</i>	59	LUMIGAN	50
<i>lacosamide</i>	70	LEVEMIR	103	LUPKYNIS	44
<i>lactated ringers</i>	98	LEVEMIR FLEXPEN.....	103	LUPRON DEPOT (1-	
<i>lactulose</i>	28	<i>levetiracetam</i>	72	MONTH)	40
LAGEVRIO	91	<i>levetiracetam er</i>	72	LUPRON DEPOT (3-	
<i>lamivudine</i>	93, 95	<i>levobunolol hcl</i>	48	MONTH)	40
<i>lamivudine-zidovudine</i>	93	<i>levocarnitine</i>	96	LUPRON DEPOT (4-	
<i>lamotrigine</i>	71, 72	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>		MONTH)	40
<i>lamotrigine er</i>	71	.....	57	LUPRON DEPOT (6-	
<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ..	72	<i>levofloxacin</i>	50, 68	MONTH)	40
<i>lamotrigine starter kit-green</i> 72		<i>levofloxacin in d5w</i>	68	LUPRON DEPOT-PED (1-	
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>		LEVONEST	33	MONTH)	40
.....	72	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>		LUPRON DEPOT-PED (3-	
LAMPIT	87	.....	33	MONTH)	40
<i>lansoprazole</i>	30	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 33			

LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	40	<i>methocarbamol</i>	105	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	98
<i>lurasidone hcl</i>	89	<i>methotrexate sodium</i>	44	<i>mupirocin</i>	28
LUTERA.....	34	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	44	<i>mupirocin calcium</i>	28
LYBALVI.....	89	<i>methoxsalen rapid</i>	24	<i>mycophenolate mofetil</i>	44
LYLEQ.....	37	<i>methsuximide</i>	71	<i>mycophenolate sodium</i>	44
LYNPARZA.....	80	<i>methylphenidate hcl</i>	21	MYRBETRIQ.....	31
LYSODREN.....	79	<i>methylprednisolone</i>	38	N	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	84	<i>methylprednisolone acetate</i> ..	38	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> ..	29
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	84	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	38	<i>nabumetone</i>	61
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	84	<i>metoclopramide hcl</i>	29	<i>nadolol</i>	14
LYZA.....	37	<i>metolazone</i>	19	<i>nafacillin sodium</i>	67
M		<i>metoprolol succinate er</i>	14	<i>naloxone hcl</i>	54
<i>magnesium sulfate</i>	98	<i>metoprolol tartrate</i>	14	<i>naltrexone hcl</i>	54
<i>malathion</i>	28	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	16	NAMZARIC.....	20, 21
<i>maraviroc</i>	95	<i>metronidazole</i>	64	<i>naproxen</i>	61
<i>marlissa</i>	34	<i>metryrosine</i>	16	<i>naproxen dr</i>	61
MARPLAN.....	73	<i>mexiletine hcl</i>	18	<i>naproxen sodium</i>	61
MATULANE.....	79	<i>micafungin sodium</i>	78	<i>naratriptan hcl</i>	10
MAVYRET.....	95	<i>miconazole 3</i>	78	NATACYN.....	50
MAYZENT.....	22	MICROGESTIN 1.5/30.....	34	<i>nateglinide</i>	102
MAYZENT STARTER PACK.....	22	MICROGESTIN 1/20.....	34	NAYZILAM.....	69
<i>meclizine hcl</i>	75	MICROGESTIN FE 1.5/30..	34	<i>nebivolol hcl</i>	14
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	37	MICROGESTIN FE 1/20.....	34	NECON 0.5/35 (28).....	34
<i>mefloquine hcl</i>	87	<i>midodrine hcl</i>	18	<i>nefazodone hcl</i>	74
<i>megestrol acetate</i>	37	<i>mifepristone</i>	102	<i>neomycin sulfate</i>	63
MEKINIST.....	84	<i>miglitol</i>	101	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	50
MEKTOVI.....	84	<i>miglustat</i>	53	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	49
<i>meloxicam</i>	61	MILI.....	34	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	49
<i>memantine hcl</i>	20	<i>minocycline hcl</i>	69	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	49, 51
<i>memantine hcl er</i>	20	<i>minoxidil</i>	20	NEO-POLYCIN.....	49
MENACTRA.....	45	<i>mirtazapine</i>	73	NERLYNX.....	84
MENEST.....	36	<i>misoprostol</i>	30	NEUPRO.....	11
MENQUADFI.....	45	M-M-R II.....	45	<i>nevirapine</i>	95
MENVEO.....	45	<i>modafinil</i>	52	<i>nevirapine er</i>	95
<i>mercaptopurine</i>	80	<i>moexipril hcl</i>	20	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	17
<i>meropenem</i>	67	<i>molindone hcl</i>	91	<i>nicardipine hcl</i>	13
<i>mesalamine</i>	52	<i>mometasone furoate</i>	27, 58	NICOTROL.....	54
<i>mesalamine er</i>	52	<i>montelukast sodium</i>	58	<i>nifedipine</i>	13
MESNEX.....	80	<i>morphine sulfate</i>	59	<i>nifedipine er</i>	13
<i>metformin hcl</i>	101	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	59	<i>nifedipine er osmotic release</i>	13
<i>metformin hcl er</i>	101	<i>morphine sulfate er</i>	60	NIKKI.....	34
<i>methadone hcl</i>	60	MOTPOLY XR.....	70	<i>nilutamide</i>	79
<i>methazolamide</i>	49	MOUNJARO.....	101	NINLARO.....	80
<i>methenamine hippurate</i>	64	MOVANTIK.....	28	<i>nitazoxanide</i>	87
<i>methimazole</i>	40	<i>moxifloxacin hcl</i>	50, 68	<i>nitisinone</i>	53
		<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	68	NITRO-BID.....	20
		MRESVIA.....	46		
		MULTAQ.....	18		

<i>nitrofurantoin</i>	64	NUBEQA	79	OZEMPIC (1 MG/DOSE)..	102
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .	64	NUCALA	56	OZEMPIC (2 MG/DOSE)..	102
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		NUEDEXTA	23	P	
.....	64	NUPLAZID	89	<i>paliperidone er</i>	90
<i>nitroglycerin</i>	20	NUTRILIPID.....	96	PANRETIN	24
<i>nizatidine</i>	29	NYAMYC	78	<i>pantoprazole sodium</i>	30
NORA-BE	37	NYLIA 1/35	34	PANZYGA	42
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	34	NYLIA 7/7/7	34	<i>paricalcitol</i>	47
<i>norethindrone</i>	37	NYMYO	34	<i>paroxetine hcl</i>	74
<i>norethindrone acetate</i>	37	<i>nystatin</i>	78	<i>paroxetine hcl er</i>	74
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>		<i>nystatin-triamcinolone</i>	24	PAXLOVID (150/100).....	91
.....	34	NYSTOP	78	PAXLOVID (300/100).....	92
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	34	O		<i>pazopanib hcl</i>	85
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>		OCELLA	34	PEDIARIX	46
.....	34	<i>octreotide acetate</i>	40	PEDVAX HIB	46
NORTREL 0.5/35 (28).....	34	ODEFSEY	93	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> 29	
NORTREL 1/35 (21).....	34	ODOMZO	84	<i>peg-3350/electrolytes</i>	29
NORTREL 1/35 (28).....	34	OFEV	55	PEGASYS	42
NORTREL 7/7/7	34	<i>ofloxacin</i>	50, 51, 68	PEMAZYRE.....	85
<i>nortriptyline hcl</i>	75	OGSIVEO	78	PENBRAYA.....	46
NORVIR.....	94	OJEMDA.....	84, 85	<i>penicillamine</i>	30
NOVOLIN 70/30.....	103	OJJAARA.....	85	<i>penicillin g pot in dextrose</i> ...	67
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN		<i>olanzapine</i>	89	<i>penicillin g potassium</i>	67
.....	103	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	73	<i>penicillin g sodium</i>	67
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN		<i>olmesartan medoxomil</i>	18	<i>penicillin v potassium</i>	67
RELION	103	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> ..	16	PENTACEL.....	46
NOVOLIN 70/30 RELION	103	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ..	16	<i>pentamidine isethionate</i>	87
NOVOLIN N.....	104	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	17	<i>pentoxifylline er</i>	16
NOVOLIN N FLEXPEN ...	104	<i>omeprazole</i>	30	<i>perindopril erbumine</i>	20
NOVOLIN N FLEXPEN		OMNITROPE.....	37, 38	<i>permethrin</i>	28
RELION	104	<i>ondansetron</i>	76	<i>perphenazine</i>	91
NOVOLIN N RELION	104	<i>ondansetron hcl</i>	76	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ...73	
NOVOLIN R.....	104	ONUREG	80	PERSERIS	90
NOVOLIN R FLEXPEN ...	104	OPSUMIT	57	PHENADOZ.....	75
NOVOLIN R FLEXPEN		ORGOVYX	80	<i>phenelzine sulfate</i>	73
RELION	104	ORKAMBI.....	56	<i>phenobarbital</i>	72
NOVOLIN R RELION	104	ORSERDU	79	<i>phenytoin</i>	71
NOVOLOG	104	<i>oseltamivir phosphate</i>	92	<i>phenytoin sodium extended</i> ...71	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OSPHENA.....	34	PIFELTRO	95
RELION	104	OTEZLA	41	<i>pilocarpine hcl</i>	23, 49
NOVOLOG FLEXPEN.....	104	<i>oxacillin sodium</i>	67	<i>pimecrolimus</i>	27
NOVOLOG FLEXPEN		<i>oxacillin sodium in dextrose</i> ..67		<i>pimozide</i>	91
RELION	104	<i>oxaprozin</i>	61	PIMTREA.....	35
NOVOLOG MIX 70/30	104	<i>oxazepam</i>	62	<i>pindolol</i>	14
NOVOLOG MIX 70/30		<i>oxcarbazepine</i>	70	<i>pioglitazone hcl</i>	102
FLEXPEN	104	<i>oxybutynin chloride</i>	31	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	
NOVOLOG MIX 70/30		<i>oxybutynin chloride er</i>	31	.....	102
RELION	104	<i>oxycodone hcl</i>	59, 60	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	
NOVOLOG PENFILL	104	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...60		.....	67
NOVOLOG RELION	105	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PIQRAY (200 MG DAILY	
NOXAFIL	78	MG/DOSE).....	102	DOSE)	85

PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	85	PROCTOSOL HC.....	27	RETEVMO.....	85
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	85	PROCTOZONE-HC.....	27	REXULTI.....	90
<i>pirfenidone</i>	55	<i>progesterone</i>	37	REYATAZ.....	94
<i>piroxicam</i>	61	PROGRAF.....	44	REZLIDHIA.....	85
PLASMA-LYTE A.....	98	PROLASTIN-C.....	53	REZUROCK.....	44
PLENAMINE.....	96	PROLENSA.....	51	RHOPRESSA.....	49
<i>podofilox</i>	24	PROLIA.....	47	<i>ribavirin</i>	95
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	50	PROMACTA.....	100	<i>rifabutin</i>	76
POMALYST.....	79	<i>promethazine hcl</i>	76	<i>rifampin</i>	77
PORTIA-28.....	35	PROMETHEGAN.....	76	<i>riluzole</i>	23
<i>posaconazole</i>	78	<i>propafenone hcl</i>	18	<i>rimantadine hcl</i>	92
<i>potassium chloride</i>	99	<i>propafenone hcl er</i>	18	RINVOQ.....	41
<i>potassium chloride crys er</i> ...	98	<i>propranolol hcl</i>	11, 14	RINVOQ LQ.....	41
<i>potassium chloride er</i>	98	<i>propranolol hcl er</i>	11, 14	<i>risedronate sodium</i>	48
<i>potassium chloride in nacl</i> ...	98	<i>propylthiouracil</i>	40	RISPERDAL CONSTA.....	90
<i>potassium citrate er</i>	99	PROQUAD.....	46	<i>risperidone</i>	90
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	99	PROSOL.....	97	<i>ritonavir</i>	94
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11	<i>protriptyline hcl</i>	75	<i>rivastigmine</i>	21
<i>prasugrel hcl</i>	99	PULMOZYME.....	56	<i>rivastigmine tartrate</i>	21
<i>pravastatin sodium</i>	17	PURIXAN.....	80	RIVFLOZA.....	30
<i>prazosin hcl</i>	19	<i>pyrazinamide</i>	76	<i>rizatriptan benzoate</i>	10
<i>prednisolone</i>	38	<i>pyridostigmine bromide</i>	10	ROCKLATAN.....	49
<i>prednisolone acetate</i>	51	Q		<i>roflumilast</i>	59
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	38, 51	<i>qc pen needles</i>	105	<i>ropinirole hcl</i>	11
<i>prednisone</i>	38, 39	QINLOCK.....	85	<i>ropinirole hcl er</i>	11
PREDNISONONE INTENSOL.....	38	QUADRACEL.....	46	<i>rosuvastatin calcium</i>	17
<i>preferred plus insulin syringe</i>	105	<i>quetiapine fumarate</i>	90	ROTARIX.....	46
<i>pregabalin</i>	22	<i>quetiapine fumarate er</i>	90	ROTATEQ.....	46
PREHEVBRIO.....	46	<i>quinapril hcl</i>	20	ROZLYTREK.....	85
PREMARIN.....	36	<i>quinidine sulfate</i>	18	RUBRACA.....	85
PREMASOL.....	96	<i>quinine sulfate</i>	88	<i>rufinamide</i>	71
PREMPHASE.....	35	R		RUKOBIA.....	95
PREMPRO.....	35	RABAVERT.....	46	RYBELSUS.....	102
<i>prenatal</i>	97	<i>raloxifene hcl</i>	47	RYDAPT.....	85
PREVYMIS.....	92	<i>ramelteon</i>	52	RYTARY.....	12
PREZCOBIX.....	94	<i>ramipril</i>	20	S	
PREZISTA.....	94	<i>ranolazine er</i>	16	SANTYL.....	24
PRIFTIN.....	76	<i>rasagiline mesylate</i>	12	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	53
<i>primaquine phosphate</i>	88	RAVICTI.....	53	SAVELLA.....	22
<i>primidone</i>	72	RECLIPSEN.....	35	SAVELLA TITRATION PACK.....	22
PRIORIX.....	46	RECOMBIVAX HB.....	46	SCEMBLIX.....	85
PRIVIGEN.....	42	REGRANEX.....	24	<i>scopolamine</i>	76
<i>probenecid</i>	55	RELENZA DISKHALER.....	92	SECUADO.....	90
<i>prochlorperazine</i>	75	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	105	<i>selegiline hcl</i>	12
<i>prochlorperazine maleate</i>	75	<i>repaglinide</i>	102	<i>selenium sulfide</i>	27
PROCTOFOAM HC.....	24	REPATHA.....	17	SELZENTRY.....	95
PROCTO-MED HC.....	27	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	17	SEREVENT DISKUS.....	59
		REPATHA SURECLICK.....	17	<i>sertraline hcl</i>	74
		RETACRIT.....	100	SETLAKIN.....	35
				<i>sevelamer carbonate</i>	97

<i>sevelamer hcl</i>	97	<i>sunitinib malate</i>	85	<i>theophylline</i>	59
SHAROBEL.....	37	SUNLENCA.....	95	<i>theophylline er</i>	59
SHINGRIX.....	46	SUTAB.....	29	<i>thioridazine hcl</i>	91
SIGNIFOR	40	SYEDA.....	35	<i>thiothixene</i>	91
<i>sildenafil citrate</i>	57	SYMDEKO	56	TIADYLTER.....	13
<i>silodosin</i>	31	SYMLINPEN 120	102	<i>tiagabine hcl</i>	69
<i>silver sulfadiazine</i>	24	SYMLINPEN 60	102	TIBSOVO.....	86
SIMBRINZA.....	49	SYMPAZAN	69	TICOVAC	47
<i>simvastatin</i>	17	SYMTUZA.....	94	<i>tigecycline</i>	64
<i>sirolimus</i>	44	SYNAREL.....	40	<i>timolol maleate</i>	14, 48
SIRTURO.....	77	SYNJARDY	102	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	48
SKYRIZI.....	41	SYNJARDY XR.....	102	<i>tinidazole</i>	64
SKYRIZI PEN.....	41	SYNTHROID.....	39	<i>tiotropium bromide</i>	
<i>sodium chloride</i>	99	T		<i>monohydrate</i>	58
<i>sodium fluoride</i>	99	TABLOID	80	TIVICAY.....	94
<i>sodium oxybate</i>	52	TABRECTA.....	85	TIVICAY PD.....	94
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	97	<i>tacrolimus</i>	27, 44	<i>tizanidine hcl</i>	10
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	95	TAFINLAR	86	<i>tobramycin</i>	50, 56
SOHONOS	53	TAGRISSE	86	<i>tobramycin sulfate</i>	63
<i>solifenacin succinate</i>	31	TAKHZYRO	40, 41	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	50
SOLQUA	105	TALZENNA.....	86	<i>tolterodine tartrate</i>	31
SOLTAMOX.....	79	<i>tamoxifen citrate</i>	79	<i>tolterodine tartrate er</i>	31
SOMAVERT.....	40	<i>tamsulosin hcl</i>	31	<i>tolvaptan</i>	97
<i>sorafenib tosylate</i>	85	TARINA FE 1/20 EQ.....	35	<i>topiramate</i>	11
<i>sotalol hcl</i>	18	TASIGNA	86	<i>topiramate er</i>	11
<i>sotalol hcl (af)</i>	18	TAVNEOS	42	<i>toremifene citrate</i>	79
SPIRIVA RESPIMAT	58	<i>tazarotene</i>	25	TORPENZ.....	86
<i>spironolactone</i>	19	TAZVERIK	86	<i>torse mide</i>	19
<i>spironolactone-hctz</i>	16	TDVAX.....	46	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
SPRINTEC 28.....	35	TEFLARO	66	.....	105
SPRITAM.....	72	TEGLUTIK	23	TOUJEO SOLOSTAR	105
SPS (SODIUM		TEGSEDI	53	TPN ELECTROLYTES	97
POLYSTYRENE SULF) ..	97	<i>telmisartan</i>	18	<i>tramadol hcl</i>	60
SRONYX	35	<i>telmisartan-amlodipine</i>	16	<i>tramadol-acetaminophen</i>	60
SSD.....	24	<i>telmisartan-hctz</i>	16	<i>trandolapril</i>	20
STELARA.....	42	<i>temazepam</i>	52	<i>tranexamic acid</i>	100
STIVARGA.....	85	TENIVAC	46	<i>tranylcypromine sulfate</i>	73
STRIBILD.....	94	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		TRAVASOL.....	97
SUBOXONE.....	54	.....	93	<i>travoprost (bak free)</i>	50
<i>sucalfate</i>	30	TEPMETKO.....	86	<i>trazodone hcl</i>	74
<i>sulfacetamide sodium</i>	50	<i>terazosin hcl</i>	19	TRECTOR.....	77
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	69	<i>terbinafine hcl</i>	78	TRELEGY ELLIPTA.....	56
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	50	<i>terbutaline sulfate</i>	59	TRELSTAR MIXJECT	40
<i>sulfadiazine</i>	69	<i>terconazole</i>	78	TRESIBA	105
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>teriparatide</i>	48	TRESIBA FLEXTOUCH... ..	105
.....	69	<i>testosterone</i>	36	<i>tretinoin</i>	25, 87
<i>sulfasalazine</i>	52	<i>testosterone cypionate</i>	36	TREXALL.....	44
<i>sulindac</i>	61	<i>testosterone enanthate</i>	36	<i>triamcinolone acetonide</i> ..	23, 27
<i>sumatriptan</i>	10	<i>tetrabenazine</i>	23	<i>triamterene-hctz</i>	16
<i>sumatriptan succinate</i>	10	<i>tetracycline hcl</i>	69	<i>triazolam</i>	62
<i>sumatriptan succinate refill</i> ..	10	THALOMID.....	79	<i>trientine hcl</i>	97

TRI-ESTARYLLA.....	35	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	54	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	72
<i>trifluoperazine hcl</i>	91	VARIVAX.....	47	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	72
<i>trifluridine</i>	92	VAXCHORA	47	XDEMVY.....	50
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	12	VELIVET	35	XERMELO.....	28
TRIKAFTA	56	VELPHORO.....	97	XGEVA	48
<i>trimethobenzamide hcl</i>	76	VEMLIDY.....	95	XIFAXAN	64
<i>trimethoprim</i>	64	VENCLEXTA	86	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	92
TRI-MILI	35	VENCLEXTA STARTING PACK	86	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	92
<i>trimipramine maleate</i>	75	<i>venlafaxine besylate er</i>	75	XOLAIR	42
TRINTELLIX.....	74	<i>venlafaxine hcl</i>	75	XOSPATA.....	87
TRI-NYMYO	35	<i>venlafaxine hcl er</i>	75	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	81
TRI-SPRINTEC	35	VENTOLIN HFA.....	59	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	81
TRIUMEQ.....	95	<i>verapamil hcl</i>	14	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	81
<i>triumeq pd</i>	95	<i>verapamil hcl er</i>	13, 14	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	81
TRIVORA (28)	35	VERQUVO	16	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	81
TRI-VYLIBRA	35	VERSACLOZ	91	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	81
TROPHAMINE.....	97	VERZENIO	86	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	81
<i>tropium chloride</i>	31	VESTURA.....	35	XTANDI.....	79
<i>tropium chloride er</i>	31	VICTOZA	102	XULTOPHY	102
TRULICITY	102	VIENVA.....	35	Y	
TRUMENBA	47	<i>vigabatrin</i>	70	YARGESA	53
TRUQAP.....	86	VIGADRONE	70	YF-VAX	47
TUKYSA.....	86	VIGPODER.....	70	YONSA	79
TURALIO	86	VIJOICE.....	53	YUVAFEM	36
TURQOZ.....	35	<i>vilazodone hcl</i>	75	Z	
TWINRIX.....	47	VIRACEPT	94	<i>zafirlukast</i>	58
TYBOST	95	VIREAD.....	93	<i>zaleplon</i>	52
TYMLOS	48	VITRAKVI.....	86	ZARXIO	100
TYPHIM VI	47	VIVITROL	54	ZEJULA	87
U		VIZIMPRO.....	86	ZELBORAF	87
UBRELVY	11	VONJO.....	86	ZEMDRI.....	63
UNITHROID.....	39	VORANIGO.....	86	ZENPEP	53
<i>ursodiol</i>	29	<i>voriconazole</i>	78	<i>zidovudine</i>	93
V		VOSEVI	95	ZIEXTENZO	100
<i>valacyclovir hcl</i>	92	VRAYLAR.....	90	ZILBRYSQ.....	42, 100
VALCHLOR.....	79	VUMERITY	22	ZIMHI.....	54
<i>valganciclovir hcl</i>	92	VYFEMLA.....	35	<i>ziprasidone hcl</i>	90
<i>valproic acid</i>	72	VYLIBRA	35	<i>ziprasidone mesylate</i>	90
<i>valsartan</i>	18	VYZULTA	50	ZIRGAN	92
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	16	W		ZOKINVY	54
VALTOCO 10 MG DOSE... ..	70	<i>warfarin sodium</i>	100	ZOLINZA	81
VALTOCO 15 MG DOSE... ..	70	WELIREG	80	<i>zolpidem tartrate</i>	53
VALTOCO 20 MG DOSE... ..	70	X			
VALTOCO 5 MG DOSE.....	70	XALKORI	86, 87		
<i>vancomycin hcl</i>	64	XARELTO	100		
<i>vancomycin hcl in dextrose</i> ..	64	XARELTO STARTER PACK	100		
<i>vancomycin hcl in nacl</i>	64	XATMEP.....	80		
VANFLYTA	86	XCOPRI	72		
VAQTA.....	47				
<i>varenicline tartrate</i>	54				

ZONISADE..... 71
zonisamide..... 71
ZOVIA 1/35 (28)..... 35

ZTALMY 72
ZURZUVAE 73
ZYDELIG..... 87

ZYKADIA..... 87
ZYPREXA RELPREVV 90

Este Formulario se actualizó el 2024/11/19. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP) Servicio para los miembros al 1-866-213-1594 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.txindependencehealthplan.com.