

# FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 2 PLATINO



**MCS** Classicare  
(HMO)

Plan de Salud  
**medicare**  
**PLATINO**  
Administración de Seguros de Salud  
Gobierno de Puerto Rico

**2024**

[www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com)

# MCS Classicare

## Formulario 2024

### Lista de medicamentos cubiertos

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

Identificación del formulario aprobado por HPMS24446, número de versión 11.

Este formulario se actualizó el 04/18/2024. Para obtener la información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com).

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

**Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Insulina** -Usted no pagará más de \$0 por un suplido de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa el nivel de costo compartido.

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

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

Cuando esta lista de medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a MCS Classicare. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 1 de mayo del 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y contraportada.

Generalmente, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

H5577\_2290723\_C

## ¿Qué es el Formulario de MCS Classicare?

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

## ¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos:** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si realizamos este cambio, usted, o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario **MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)**, **MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)**?"
- **Medicamentos retirados del mercado:** Si la Administración de Drogas y Alimentos determina que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro o es retirado del mercado por el fabricante del medicamento, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios:** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O podemos hacer cambios basados en las nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, [o] añadimos autorización previa, restricciones de límites de cantidad y/o de terapia escalonada en un medicamento o si cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los afiliados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el

cambio sea vigente, o cuando el afiliado solicite una repetición del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proveemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)? ”

**Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento:** En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta de 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, estos medicamentos continuaran estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos por el resto del año de la cubierta. No recibirá notificación directa este año sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, dichos cambios lo podrían afectar el 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir 1 de mayo del 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada.

En el caso de cambios en el formulario, no de mantenimiento a mitad de año, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso se actualizará la última semana del mes anterior, con efectividad al primer día del mes y se publicará en nuestro sitio web [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com)

## ¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

### Condición médica

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

### Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 102. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

MCS Classicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos tienen un costo menor que los de marca.

## ¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

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

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

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición médica. Consulte la sección, "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)?" en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

**¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)?**

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

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que le proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que no apliquemos restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

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

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

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

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

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

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

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son "medicamentos de la Parte D" y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un medicamento que no pertenece a la Parte D en una farmacia fuera de la red, a menos que califique para el acceso fuera de la red. Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una institución de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suministro temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario o que tienen una restricción de utilización, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

## **Para obtener más información**

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

Si tiene preguntas sobre MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y en la contraportada.

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

## **Formulario de MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)**

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por MCS Classicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista consulte el Índice que comienza en la página 102.

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

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

## **Abreviaturas utilizadas en el formulario**

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

**PA** - Autorización previa

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

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

**ST** - Terapia escalonada

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

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

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



**MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP)**

Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

**MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP)**

Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

**MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP)**

Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

**MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)**

Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

**MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP)**

Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

**MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)**

Descripción	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Al detal estándar (60 días)	Costo compartido Al detal estándar (30 días)	Costo compartido Orden por correo estándar (30 días)
Medicamento cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0

## Lista de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>AGENTES ANTIESPASTICIDAD</b>		
<b>AGENTES ANTIESPASTICIDAD</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		GC; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		GC; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	Dantrium	GC; NEDS
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Zanaflex	GC; NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		GC; NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	GC; NEDS
<b>AGENTES ANTIMIASTENICOS</b>		
<b>PARASIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	GC; NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		GC; NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	GC; NEDS
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS</b>		
<b>AGONISTA DEL RECEPTOR DE SEROTONINA (5-HT)</b>		
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Relpax	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Imitrex	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		GC; QL (8 per 30 days); NEDS
<b>ALCALOIDES DEL ERGOT</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	Migranal	QL (24 per 28 days); NEDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>		GC; QL (40 per 28 days); NEDS
<b>PROFILÁCTICO</b>		
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		PA; MO; FFQL
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		PA; MO; FFQL
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		PA; MO; FFQL
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		MO; FFQL
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	Inderal LA	GC; MO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>		GC; MO
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Qudexy XR	MO; FFQL
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Topamax Sprinkle	GC; MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Topamax	GC; MO
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; QL (16 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b>		
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		GC; MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		GC; MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 50-200-200 mg</i>		GC; MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	Stalevo 150	GC; MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		GC; MO
<b>AGONISTAS DE LA DOPAMINA</b>		
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Parlodel	GC; MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Parlodel	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		MO; FFQL
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		GC; MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		GC; MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		PA; GC; MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		PA; GC; MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		PA; GC; MO
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)</b>		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		GC; MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		GC; MO
<b>PRECURSORES DE DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA DE L- AMINOÁCIDOS</b>		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Lodosyn	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		GC; MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10- 100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		GC; MO
<b>RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG</b>		ST; MO; QL (360 per 30 days); FFQL
<b>RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG</b>		ST; MO; QL (270 per 30 days); FFQL
<b>RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG</b>		ST; MO; QL (300 per 30 days); FFQL
<b>AGENTES BIPOLARES</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO</b>		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Depakote ER	GC; MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Depakote Sprinkles	GC; MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Depakote	GC; MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	GC; MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		GC; MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		GC; MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		GC; MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		GC; MO
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS</b>		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	GC; MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		GC; MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		GC; MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Procardia XL	GC; MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Sular	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 40 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		GC; MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Toprol XL	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Toprol XL	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Lopressor	GC; MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		GC; MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Corgard	GC; MO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>		GC; MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Bystolic	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Bystolic	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg</i>	Inderal LA	GC; MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>		GC; MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES, OTROS</b>		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tekturna	GC; MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		GC; MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Lotrel	GC; MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		GC; MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	GC; MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Caduet	GC; MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		GC; MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	Tenoretic 100	GC; MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	Tenoretic 50	GC; MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	GC; MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		GC; MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		GC; MO
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	GC; MO
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		PA; MO; QL (450 per 30 days); FFQL
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		PA; MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		PA; GC; MO; QL (255 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Digox	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Digox	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Lanoxin	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	GC; MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		GC; MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		GC; MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	GC; MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	GC; MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		GC; MO
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Demser	NEDS
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	GC; MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Tribenzor	GC; MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		GC; MO
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		GC; MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>		GC; MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	GC; MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>		GC; MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		GC; MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	Maxzide-25	GC; MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	Maxzide	GC; MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Diovan HCT	GC; MO
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<b>AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO</b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tricor	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	Trilipix	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	GC; MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA</b>		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	GC; MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	GC; MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		GC; MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		GC; MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		GC; MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	GC; MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	GC; MO
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		GC; MO
<b>AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, OTROS</b>		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	GC; MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	GC; MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Welchol	GC; MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	Welchol	GC; MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	Colestid	GC; MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Colestid	GC; MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Zetia	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Vytorin	GC; MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	MO; QL (240 per 30 days); FFQL
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	GC; MO; QL (120 per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		MO; FFQL
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		PA; MO; QL (3.5 per 28 days); FFQL
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM		MO; QL (240 per 30 days); FFQL
<b>AGONISTAS ALFA-ADRENÉRGICOS</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		GC; MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	GC; MO; QL (8 per 28 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Northera	PA; NEDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; NEDS
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II</b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Atacand	GC; MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Avapro	GC; MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	GC; MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	GC; MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Micardis	GC; MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	GC; MO
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Pacerone	GC; MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tikosyn	GC; MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		GC; MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		GC; MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA)</b>		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	GC; MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		GC; MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	GC; MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		GC; MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	GC; MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		GC; MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		GC; MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Accupril	GC; MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Altace	GC; MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		GC; MO
<b>VASODILATADORES ARTERIALES/VENOSOS DE ACCIÓN DIRECTA</b>		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		GC; MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	Isordil Titradose	GC; MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		GC; MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		GC; MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		GC; MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		MO; FFQL
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nitrostat	GC; MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nitro-Dur	GC; MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nitrolingual	GC; MO
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		NEDS

## **AGENTES DE ANTIDEMENCIA**

### **AGENTES ANTIDEMENCIA, OTROS**

<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>		PA; GC; MO
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	Namenda XR	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 7 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg</i>	Namenda Titration Pak	GC; QL (49 per 28 days); NEDS

### **INHIBIDORES DE COLINESTERASA**

<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Aricept	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Aricept	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Exelon	GC; MO; QL (30 per 30 days)

## **AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>AGENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, SIN ANFETAMINAS</b>		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	Strattera	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Strattera	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Focalin	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	PA; GC; MO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Concerta	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	Concerta	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg</i>	Relexxii	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Concerta	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>		GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<b>AGENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	PA; MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	Tecfidera	PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 &amp; 240 mg</i>	Tecfidera	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		PA; QL (210 per 30 days); NEDS
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		PA; QL (210 per 30 days); NEDS
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG		PA; QL (210 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES DE FIBROMIALGIA</b>		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Lyrica	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Lyrica	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	GC; MO; QL (900 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		QL (55 per 28 days); NEDS
<b>AGENTES DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, ANFETAMINAS</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Adderall	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Zenzedi	GC; MO
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		PA; QL (42 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		PA; QL (3600 per 30 days); NEDS
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML		PA; NEDS
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Rilutek	PA; GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Xenazine	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	PA; QL (120 per 30 days); NEDS

## **AGENTES DENTALES Y ORALES**

### **AGENTES DENTALES Y ORALES**

<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evoxac	GC; MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	GC; NEDS
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		GC; NEDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Salagen	GC; MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	GC; NEDS

## **AGENTES DERMATOLÓGICOS**

### **AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS**

<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	Efudex	GC; NEDS
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		GC; NEDS
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	Advocate Alcohol Prep Pads	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	Analpram-HC	GC; NEDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		GC; NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		GC; NEDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		PA; NEDS
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		GC; NEDS
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		NEDS
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	GC; NEDS
SSD EXTERNAL CREAM 1 %		GC; NEDS
<b>AGENTES PARA ACNÉ Y ROSÁCEA</b>		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		GC; NEDS
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		PA; GC; NEDS
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Differin	PA; GC; NEDS
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Differin	PA; GC; NEDS
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	GC; NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>	Zenatane	GC; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	PA; GC; NEDS
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tazorac	PA; GC; QL (100 per 30 days); NEDS
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		PA; NEDS
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	PA; GC; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Retin-A	PA; GC; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Atralin	PA; GC; NEDS
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		GC; NEDS
<b>AGENTES PARA DERMATITIS Y PRUITUS</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		GC; NEDS
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	Clobex	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clobex	GC; NEDS
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DesOwen	GC; NEDS
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	GC; NEDS
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	Topicort	GC; NEDS
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Synalar	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Synalar	GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Derma-Smoothe/FS Scalp	GC; NEDS
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		GC; NEDS
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	GC; NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	GC; NEDS
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		GC; NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	GC; NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		GC; NEDS
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		GC; NEDS
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		GC; NEDS
<b>HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %</b>		PA; NEDS
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	Elidel	ST; GC; NEDS
<b>PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %</b>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		GC; NEDS
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		GC; NEDS
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		GC; NEDS
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		ST; GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>		GC; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		GC; NEDS
<b>ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS</b>		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	GC; NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		GC; NEDS
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		GC; NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	Clindagel	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Cleocin-T	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	GC; NEDS
<i>ery external pad 2 %</i>		GC; NEDS
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Erygel	GC; NEDS
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		GC; NEDS
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		GC; QL (352 per 30 days); NEDS
<b>PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS</b>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	GC; NEDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>		GC; NEDS
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		
<b>AGENTES ANTIDIARREICOS</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Lotronex	PA; NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Lomotil	GC; NEDS
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	GC; NEDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES CONTRA EL ESTREÑIMIENTO</b>		
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		GC; MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		GC; MO
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		GC; MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Amitiza	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS</b>		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Librax	PA; GC; NEDS
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		GC; NEDS
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	GC; MO
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	Suprep Bowel Prep Kit	GC; NEDS
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		GC; NEDS
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	GC; NEDS
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG		NEDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		GC; MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	Urso 250	GC; MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE HISTAMINA2 (H2)</b>		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tagamet HB	GC; NEDS
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		GC; MO
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	GC; MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	GC; MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		GC; MO
<b>ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES</b>		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		GC; NEDS
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		GC; NEDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	Robinul	GC; NEDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	Robinul-Forte	GC; NEDS
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Dexilant	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<b>PROTECTORES</b>		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	GC; MO
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	Carafate	MO; FFQL
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
<b>AGENTES GENITOURINARIOS, OTROS</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		GC; NEDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	PA; NEDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5ML		PA; QL (0.5 per 30 days); NEDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML		PA; QL (0.8 per 30 days); NEDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Uroxatral	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Avodart	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Jalyn	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Proscar	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Rapaflo	GC; MO
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Cialis	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Flomax	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<b>ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS</b>		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		GC; MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML		MO; QL (300 per 30 days); FFQL
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		GC; MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	Detrol LA	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Detrol	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)

**AGENTES HORMONALES,  
ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/  
MODIFICADORES (HORMONAS  
SEXUALES/ MODIFICADORES)**

**AGENTES HORMONALES,  
ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/  
MODIFICADORES (HORMONAS  
SEXUALES/ MODIFICADORES)**

AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		GC; MO
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		GC; MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Balziva	GC; MO
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		GC; MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Cyred EQ	GC; MO
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		MO; QL (1 per 28 days); FFQL
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		MO; QL (1 per 28 days); FFQL
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG		GC; MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		GC; MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	Amabelz	GC; MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Activella	GC; MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	MO; QL (1 per 28 days); FFQL
FYAVOLV ORAL TABLET 1-5 MG-MCG		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		MO; QL (1 per 28 days); FFQL
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG		PA; MO; FFQL
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		GC; MO
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG		GC; MO
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG		GC; MO
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		GC; MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	GC; MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	GC; MO
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		GC; MO
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		GC; MO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		GC; MO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		GC; MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Aurovela FE 1/20	GC; MO
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	GC; MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	GC; MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	GC; MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		GC; MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		GC; MO
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		GC; MO
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		GC; MO
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		GC; MO
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		GC; MO
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		GC; MO
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		GC; MO
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		GC; MO
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		GC; MO
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		GC; MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		GC; MO
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		GC; MO
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		GC; MO
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG		GC; MO
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		GC; MO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		GC; MO
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		GC; MO
<b>ANDRÓGENOS</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		GC; NEDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	PA; GC; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</i>	Fortesta	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	Vogelxo Pump	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>		PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	AndroGel Pump	PA; GC; MO
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		PA; GC; MO; QL (75 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Testim	PA; GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>		PA; GC; MO
<b>ESTRÓGENOS</b>		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Estrace	GC; MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Alora	GC; MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	Dotti	GC; MO
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Climara	GC; MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	Estrace	GC; MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafem	GC; MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG		MO; FFQL
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		MO; FFQL
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		MO; FFQL
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG		GC; MO
<b>PROGESTINAS</b>		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		QL (0.65 per 84 days)
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	GC; QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	GC; QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Provera	GC; MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		PA; GC; NEDS
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		PA; GC; MO
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		PA; GC; NEDS
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	GC; MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	GC; MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		GC; MO
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>		
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		GC; MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	GC; MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		PA; NEDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		PA; NEDS
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (SUPRARRENALES)</b>		
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (SUPRARRENALES)</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		GC; NEDS
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		GC; MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	GC; NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	GC; NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		GC; NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	GC; NEDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	Pediapred	GC; NEDS
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		GC; NEDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		GC; NEDS
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>		GC; NEDS

**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		GC; MO
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		GC; MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Euthyrox	GC; MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Levo-T	GC; MO
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		GC; MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Cytomel	GC; MO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		MO; FFQL
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)</b>		
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)</b>		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		GC; NEDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		PA; QL (1 per 90 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		PA; QL (1 per 180 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>		PA; GC; QL (1 per 90 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		PA; GC; NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		PA; QL (1 per 120 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA; QL (1 per 180 days)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		PA; QL (1 per 180 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	PA; GC; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		PA; NEDS
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		PA; GC; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	PA; NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		PA; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		PA; NEDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG		PA; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG		PA; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)</b>		
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		GC; MO
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
<b>AGENTES DE ANGIOEDEMA</b>		
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		PA-BvsD; NEDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Firazyr	PA; QL (18 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS, OTROS</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		PA; NEDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		PA; NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		PA; NEDS
JOENJA ORAL TABLET 70 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	GC; MO; QL (30 per 30 days)
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		PA; QL (1.2 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		PA; QL (3 per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		PA; QL (1 per 28 days); NEDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		PA; QL (300 per 30 days); NEDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		PA; NEDS
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML		PA; QL (16.072 per 28 days); NEDS
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 32.4 MG/0.81ML		PA; QL (22.68 per 28 days); NEDS
<b>INMUNOESTIMULANTES</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		PA; NEDS
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		PA; NEDS
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		PA-BvsD; NEDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		PA-BvsD; NEDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		PA-BvsD; NEDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		PA-BvsD; NEDS
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	PA; QL (2 per 28 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	PA-BvsD; GC; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		PA; NEDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		PA; NEDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	PA-BvsD; GC; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		PA-BvsD; GC; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Gengraf	PA-BvsD; GC; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	PA-BvsD; GC; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		PA; NEDS
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Zortress	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (6 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		PA; QL (4 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		PA; QL (3 per 28 days); NEDS
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		PA; NEDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		GC; NEDS
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	PA-BvsD; GC; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	PA-BvsD; NEDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	PA-BvsD; GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	PA-BvsD; GC; MO
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG		PA; QL (55 per 28 days); NEDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		PA; NEDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA-BvsD; MO; FFQL
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Rapamune	PA-BvsD; NEDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Rapamune	PA-BvsD; GC; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	PA-BvsD; GC; MO
<b>VACUNAS</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		GC; NEDS
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		GC; NEDS
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		GC; NEDS
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		GC; NEDS
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>		GC; NEDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		GC; NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		GC; NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		GC; NEDS
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		GC; NEDS
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		GC; NEDS
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		PA-BvsD; GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		PA-BvsD; GC; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		GC; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		GC; NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		GC; NEDS
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		PA-BvsD; GC; NEDS
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		GC; NEDS
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		PA-BvsD; GC; NEDS
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		GC; NEDS
IPOL INJECTION INJECTABLE		GC; NEDS
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		GC; NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		GC; NEDS
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		GC; NEDS
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION		GC; NEDS
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION		GC; NEDS
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		GC; NEDS
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		GC; NEDS
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		GC; NEDS
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		GC; NEDS
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		GC; NEDS
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML		PA-BvsD; GC; NEDS
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		GC; NEDS
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		GC; NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)		GC; NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		GC; NEDS
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		PA-BvsD; GC; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA-BvsD; GC; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		PA-BvsD; GC; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION		GC; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		GC; NEDS
ROTATEQ ORAL SOLUTION		GC; NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		GC; NEDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2- 2 LF/0.5ML		GC; NEDS
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		GC; NEDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		GC; NEDS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		GC; NEDS
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		GC; NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		GC; NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		GC; NEDS
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		GC; NEDS
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		GC; NEDS
<b>AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA</b>		
<b>AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA</b>		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>		GC; MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Rocaltrol	PA-BvsD; GC; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Rocaltrol	PA-BvsD; GC; MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	Sensipar	PA-BvsD; MO; QL (120 per 30 days); FFQL
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	Sensipar	PA-BvsD; MO; QL (150 per 30 days); FFQL
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Sensipar	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		GC; MO; QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	Zemplar	PA-BvsD; GC; MO
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		PA-BvsD; GC; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		PA; QL (1 per 180 days)
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Actonel	GC; MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>		GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	Actonel	GC; MO; QL (12 per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	Actonel	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Atelvia	GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>		PA; QL (2.48 per 28 days); NEDS
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		PA; NEDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		PA; QL (1.7 per 28 days); NEDS
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
<b>AGENTES OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		GC; NEDS
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		GC; NEDS
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		GC; NEDS
<b>AGENTES OFTÁLMICOS BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS</b>		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		GC; MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		GC; MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		GC; MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		GC; MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		GC; MO
<b>AGENTES OFTÁLMICOS PARA BAJAR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS</b>		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		GC; MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		GC; MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		GC; NEDS
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Alphagan P	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	Alphagan P	GC; MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		GC; MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Combigan	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		GC; MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	GC; MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt PF	GC; MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		GC; MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		MO; FFQL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		MO; FFQL
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		MO; FFQL
<b>AGENTES OFTÁLMICOS, OTROS</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		GC; MO
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Neo-Polycin HC	GC; NEDS
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		GC; NEDS
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		GC; NEDS
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		GC; NEDS
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		GC; NEDS
<b>ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDINA Y PROSTAMIDA OFTÁLMICOS</b>		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		GC; MO; QL (5 per 25 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	GC; MO; QL (2.5 per 20 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		MO; QL (2.5 per 25 days); FFQL
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Travatan Z	GC; MO; QL (2.5 per 25 days)
<b>ANTIINFECCIOSOS OFTÁLMICOS</b>		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		NEDS
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		GC; NEDS
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Polycin	GC; NEDS
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		GC; NEDS
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		GC; NEDS
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	GC; NEDS
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		NEDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Neo-Polycin	GC; NEDS
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	GC; NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		GC; NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		GC; NEDS
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		GC; QL (20 per 30 days); NEDS
XDEMYVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		PA; NEDS
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS</b>		
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>		GC; NEDS
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Durezol	GC; NEDS
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	GC; NEDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		GC; NEDS
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Acular LS	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	GC; QL (10 per 25 days); NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	Lotemax	GC; NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Lotemax	GC; NEDS
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	GC; NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		GC; NEDS
XIIDRA OPTHALMIC SOLUTION 5 %		MO; QL (60 per 30 days); FFQL

## **AGENTES ÓTICOS**

### **AGENTES ÓTICOS**

<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		GC; NEDS
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	Cetraxal	GC; NEDS
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	GC; NEDS
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		GC; NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		GC; NEDS
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		GC; NEDS

## **AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA**

### **AMINOSALICILATOS**

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

## **GLUCOCORTICOIDES**

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Uceris	NEDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		NEDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	GC; NEDS
<b>AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO</b>		
<b>AGENTES PROMOTORES DE LA VIGILIA</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nuvigil	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Provigil	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	PA; QL (540 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES PROMOTORES DEL SUEÑO</b>		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Silenor	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Rozerem	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Restoril	PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Ambien	PA; GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<b>BENZODIACEPINAS</b>		
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/10ml, 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO</b>		
<b>AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO</b>		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		MO; FFQL
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	GC; MO
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		PA; MO; FFQL
ENDARI ORAL PACKET 5 GM		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Yargesa	PA; NEDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		PA; NEDS
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	PA; NEDS
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG, 10 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		PA; NEDS
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		MO; FFQL
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60000-189600 UNIT		FFQL
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>AGENTES PARA TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS/ANTI-ADICCIÓN</b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR</b>		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		GC; QL (60 per 30 days); NEDS
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		NEDS
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		NEDS
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42</i>		QL (53 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		QL (56 per 28 days); NEDS
<b>AGENTES PARA LA REVERSIÓN DE OPIOIDES</b>		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		GC; NEDS
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Narcan	GC; NEDS
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 5 MG/0.5ML		GC; QL (1 per 30 days); NEDS
<b>DEPENDENCIA DE OPIOIDES</b>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<b>DISUASIVOS DE ALCOHOL/ANTI-DESEO</b>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		GC; MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>		GC; MO
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA</b>		
<b>AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		GC; MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Mitigare	NEDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		GC; NEDS
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		GC; MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Uloric	PA; GC; MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		GC; MO
<b>AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO</b>		
<b>AGENTES DE FIBROSIS PULMONAR</b>		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		PA; NEDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		PA; NEDS
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT		MO; QL (10.7 per 30 days); FFQL
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Breyna	GC; MO; QL (11 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		MO; QL (4 per 20 days); FFQL
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		PA-BvsD; GC; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		PA; NEDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML		PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (540 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		MO; QL (4 per 30 days); FFQL
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<b>AGENTES PARA FIBROSIS QUÍSTICA</b>		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG		PA; NEDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		PA; NEDS
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG		PA; NEDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		PA; NEDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG		PA; NEDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		PA; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		PA; NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		PA; QL (224 per 28 days); NEDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak	PA-BvsD; QL (280 per 56 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG		PA; QL (84 per 28 days); NEDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 80-40-60 & 59.5 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	PA; GC; MO; QL (90 per 30 days)
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		GC; QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	Dymista	GC; QL (23 per 30 days); NEDS
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	GC; NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		GC; NEDS
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Clarinet	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>desloratadine oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Xyzal Allergy 24HR Childrens	GC; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<b>ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS</b>		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		MO; QL (1 per 30 days); FFQL
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		MO; QL (1 per 30 days); FFQL
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		MO; QL (1 per 30 days); FFQL
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		MO; QL (26 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	Pulmicort	PA-BvsD; GC; MO
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		GC; QL (50 per 25 days); NEDS
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		GC; MO; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		GC; MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	ClariSpray	GC; QL (16 per 30 days); NEDS
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	GC; NEDS
<b>ANTILEUCOTRIENOS</b>		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Singulair	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Accolate	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<b>BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		MO; QL (26 per 30 days); FFQL
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (252 per 25 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		MO; QL (4 per 30 days); FFQL
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	Spiriva HandiHaler	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<b>BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Proventil HFA	GC; MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Proventil HFA	GC; MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (360 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (360 per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (100 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		GC; MO
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	GC; QL (2 per 30 days); NEDS
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	GC; QL (2 per 30 days); NEDS
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>		PA-BvsD; GC; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Xopenex HFA	GC; MO; QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT		MO; QL (2 per 30 days); FFQL
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS</b>		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>		GC; MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		GC; MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		GC; MO
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Tencon	PA; GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Bac	PA; GC; QL (180 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN CORTA</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		GC; QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		GC; QL (390 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>		GC; QL (42 per 7 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg</i>		GC; QL (720 per 30 days); NEDS
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>		GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG		GC; QL (360 per 30 days); NEDS
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg, 400 mcg</i>		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		GC; QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		GC; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Dilaudid	GC; QL (960 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Dilaudid	GC; QL (480 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Dilaudid	GC; QL (21 per 7 days); NEDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		GC; QL (42 per 7 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		GC; QL (2700 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		GC; QL (1350 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		GC; QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg</i>		GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Roxicodone	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Roxicodone	GC; QL (14 per 7 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		GC; QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	GC; QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>		GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		GC; QL (56 per 7 days); NEDS
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN PROLONGADA</b>		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		GC; QL (10 per 30 days); NEDS
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		GC; QL (3600 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	Kiprofen	GC; MO
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>		GC; MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>		GC; QL (20 per 5 days); NEDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		GC; MO
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	Naprosyn	GC; MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		GC; MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	Naprosyn	GC; MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	EC-Naprosyn	GC; MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		GC; MO
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Anaprox DS	GC; MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Daypro	GC; MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Feldene	GC; MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		GC; MO
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		PA; GC; QL (50 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Lidocan	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		PA; GC; NEDS
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		GC; NEDS
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<b>ANSIOLÍTICOS</b>		
<b>ANSIOLÍTICOS, OTROS</b>		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		GC; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>		PA; GC; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA; GC; NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		PA; GC; NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i>	Vistaril	PA; GC; NEDS
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		GC; NEDS
<b>BENZODIACEPINAS</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	PA; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	PA; GC; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		PA; GC; NEDS
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	GC; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		GC; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		GC; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		GC; QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	Valium	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Valium	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Ativan	GC; QL (120 per 30 days); NEDS

## **ANTIBACTERIANOS**

### **AMINOGLUCÓSIDOS**

ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		PA; NEDS
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		GC; NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		GC; NEDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML		NEDS
<b>ANTIBACTERIANOS, OTROS</b>		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Azactam	GC; NEDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	GC; NEDS
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Cleocin	GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	GC; NEDS
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		NEDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Cubicin RF	NEDS
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gm</i>		GC; NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	PA; NEDS
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Zyvox	PA; QL (1800 per 30 days); NEDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Zyvox	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Hiprex	GC; NEDS
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	MetroCream	GC; NEDS
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>		GC; NEDS
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Metrogel	GC; NEDS
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	MetroLotion	GC; NEDS
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	GC; NEDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Macrochantin	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	Tygacil	PA-BvsD; NEDS
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		GC; NEDS
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>		NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	QL (170 per 30 days); NEDS
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	Firvanq	GC; NEDS
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		MO
<b>BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		GC; NEDS
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		GC; NEDS
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		GC; NEDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cefepodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	GC; NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		GC; NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	GC; NEDS
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		GC; NEDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<b>TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG</b>		PA-BvsD; NEDS
<b>BETALACTÁMICOS, PENICILINAS</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		GC; NEDS
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	Augmentin	GC; NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		GC; NEDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	GC; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	GC; NEDS
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML		NEDS
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML		NEDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		NEDS
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		GC; NEDS
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		GC; NEDS
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 40.5 (36-4.5) gm</i>		GC; NEDS
<b>CARBAPENÉMICOS</b>		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		GC; NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		GC; NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	GC; NEDS
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		GC; NEDS
<b>MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Zithromax	PA-BvsD; GC; NEDS
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	Zithromax	GC; NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Zithromax	GC; NEDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	GC; NEDS
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		GC; NEDS
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<b>DIFICID ORAL TABLET 200 MG</b>		ST; QL (20 per 10 days); NEDS
<b>ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG</b>		NEDS
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		GC; NEDS
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	E.E.S. Granules	NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	GC; NEDS
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Ery-Tab	GC; NEDS
<b>QUINOLONAS</b>		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	GC; NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		GC; NEDS
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		GC; NEDS
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		GC; NEDS
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>		NEDS
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		NEDS
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>		GC; NEDS
<b>SULFONAMIDAS</b>		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Klaron	GC; NEDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	GC; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	GC; NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	GC; NEDS
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		GC; NEDS
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	Vibramycin	GC; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>		GC; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxyne NL	GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	Vibramycin	GC; NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; NEDS
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; NEDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		GC; NEDS
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
<b>AGENTES DE AUMENTO DEL ÁCIDO GAMMA-AMINO BUTÍRICO (GABA)</b>		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	PA; GC; MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	PA; GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		GC; NEDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Neurontin	GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Neurontin	GC; MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Neurontin	GC; MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Neurontin	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Neurontin	GC; MO; QL (120 per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		PA; NEDS
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		PA; MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		GC; MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		NEDS
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Vigpoder	PA; QL (180 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES DEL CANAL DE SODIO</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Carbatrol	GC; MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGretol-XR	GC; MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGretol	GC; MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Epitol	GC; MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		GC; MO
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	GC; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Vimpat	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	GC; MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	GC; MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin	GC; MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	Dilantin Infatabs	GC; MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Dilantin	GC; MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Phenytek	GC; MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	PA; QL (2400 per 30 days); NEDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Banzel	PA; MO; QL (240 per 30 days); FFQL
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Banzel	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Zarontin	GC; MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Zarontin	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	GC; MO
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		MO; FFQL
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	GC; MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		GC; MO
<b>ANTICONVULSIVOS, OTROS</b>		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		PA; NEDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; NEDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		PA; NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		PA; NEDS
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		PA; NEDS
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		NEDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Felbatol	GC; MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		PA; NEDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		PA; NEDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		PA; NEDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		PA; MO; FFQL
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LaMICtal XR	GC; MO
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg &amp; 7 x 50 mg, 25 &amp; 50 &amp; 100 mg, 42 x 50 mg &amp; 14x100 mg</i>	LaMICtal ODT	GC; NEDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LaMICtal	GC; MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LaMICtal	GC; MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LaMICtal ODT	GC; MO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LaMICtal Starter	GC; NEDS
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg &amp; 14x100 mg</i>	LaMICtal Starter	GC; NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg &amp; 7 x 100 mg</i>	LaMICtal Starter	GC; NEDS
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Keppra XR	GC; MO; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Keppra XR	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Keppra	GC; MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Keppra	GC; MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		GC; MO
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		GC; MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	GC; MO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG		MO; QL (90 per 30 days); FFQL
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG		MO; QL (120 per 30 days); FFQL
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		GC; MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		GC; MO
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		PA; QL (1100 per 30 days); NEDS
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<b>ANTIDEPRESIVOS, OTROS</b>		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Wellbutrin SR	GC; MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Wellbutrin XL	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Wellbutrin XL	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	Forfivo XL	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>		GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>		PA; GC; MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Remeron	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	Symbyax	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		GC; MO
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		PA; QL (28 per 14 days); NEDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		PA; QL (14 per 14 days); NEDS
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA</b>		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		MO; FFQL
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nardil	GC; MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	GC; MO
<b>ISRS/IRSN (INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA/INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA)</b>		
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		GC; MO; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	GC; MO; QL (45 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	CeleXA	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	CeleXA	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Pristiq	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Pristiq	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cymbalta	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		GC; MO; QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	GC; MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		ST; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		ST; QL (28 per 28 days); NEDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	PROzac	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	PROzac	GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		GC; MO; QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		GC; MO; QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Paxil CR	GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	Paxil CR	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	Paxil	GC; MO; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Paxil	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Paxil	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	GC; MO; QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Zoloft	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	GC; MO; QL (45 per 30 days)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>		GC; MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		ST; MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg</i>	Effexor XR	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Effexor XR	GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Viibryd	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<b>TRICÍCLICOS</b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Anafranil	GC; MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Norpramin	GC; MO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; MO
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		GC; MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		GC; MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	GC; MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO

## **ANTIEMÉTICOS**

### **ANTIEMÉTICOS, OTROS**

<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		GC; NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	GC; NEDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	GC; NEDS
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>		PA; GC; NEDS
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		PA; GC; NEDS
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	PA; NEDS
<b>PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 25 MG</b>		PA; NEDS
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Transderm-Scop	GC; NEDS
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>		GC; NEDS

### **COMPLEMENTOS DE TERAPIA EMETOGENICA**

<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg</i>		PA-BvsD; GC; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</i>	Emend Tri-Pack	PA-BvsD; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend	PA-BvsD; GC; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	Marinol	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		PA-BvsD; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		PA-BvsD; GC; QL (450 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>		PA-BvsD; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>		PA-BvsD; GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>		PA-BvsD; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>		PA-BvsD; GC; QL (90 per 30 days); NEDS

## ANTIMICOBACTERIANOS

### ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		GC; MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		NEDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Mycobutin	NEDS

### ANTITUBERCULOSOS

<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg</i>		GC; NEDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 400 mg</i>	Myambutol	GC; NEDS
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		GC; MO
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Rifadin	GC; NEDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		GC; NEDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		PA; NEDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		NEDS

## ANTIMICÓTICOS

### ANTIMICÓTICOS

<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	PA-BvsD; NEDS
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		GC; NEDS
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		GC; NEDS
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Desenex	GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		GC; NEDS
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		GC; NEDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		GC; QL (255 per 30 days); NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Diflucan	GC; NEDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Diflucan	GC; NEDS
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>		GC; NEDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		GC; NEDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		GC; NEDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	PA; GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		GC; QL (600 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		GC; NEDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		GC; NEDS
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	Mycamine	NEDS
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>		GC; NEDS
<b>NOXAFIL ORAL PACKET 300 MG</b>		PA; NEDS
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		GC; NEDS
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		GC; NEDS
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Klayesta	GC; NEDS
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		GC; NEDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		GC; NEDS
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	Noxafil	PA; NEDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	Noxafil	PA; QL (93 per 30 days); NEDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		GC; NEDS
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	Vfend IV	PA; NEDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	Vfend	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	Vfend	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<b>ANTINEOPLÁSICOS</b>		
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES ALQUILANTES</b>		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		PA; NEDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		PA; NEDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES ANTIANGIOGÉNICOS</b>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	PA; NEDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (21 per 28 days); NEDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA; NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; NEDS
<b>ANTIANDRÓGENOS</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Zytiga	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Zytiga	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	GC; NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG		PA; NEDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	QL (60 per 30 days); NEDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		PA; NEDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		PA; NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<b>ANTIESTRÓGENOS/MODIFICADOS</b>		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		PA; MO; FFQL
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		GC; MO
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	PA; NEDS
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		MO; FFQL
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	GC; NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		PA; NEDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		GC; NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		PA; NEDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		PA; NEDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		NEDS
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, OTROS</b>		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		PA; NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		PA; NEDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		GC; NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		PA; NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		PA; NEDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		PA; NEDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		PA; NEDS
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		PA-BvsD; NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		PA; NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; NEDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		PA; NEDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		PA; NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		PA; NEDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		PA; NEDS
<b>INHIBIDORES DE AROMATASA, 3RA GENERACIÓN</b>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	GC; MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	GC; MO
<b>INHIBIDORES DE BLANCO MOLECULAR</b>		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG		PA; NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		PA; NEDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (240 per 30 days); NEDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		PA; NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		PA; NEDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		PA; NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		PA; NEDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		PA; NEDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		PA; NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		PA; NEDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		PA; NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG		PA; NEDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Tarceva	PA; NEDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		PA; NEDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		PA; NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG		PA; NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		PA; NEDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	PA; NEDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA; NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; NEDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA; NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	PA; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		PA; QL (216 per 27 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		PA; NEDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		PA; NEDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		PA; NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		PA; NEDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		PA; NEDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		PA; NEDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		PA; NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		PA; QL (150 per 30 days); NEDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		PA; NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		PA; NEDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		PA; NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		PA; NEDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		PA; NEDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		PA; NEDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		PA; NEDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		PA; NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		PA; NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		PA; QL (150 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		PA; NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		PA; NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG		PA; NEDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	PA; NEDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG		PA; QL (90 per 30 days); NEDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		PA; NEDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	PA; NEDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		PA; NEDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		PA; NEDS
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		PA; NEDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		PA; NEDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		PA; NEDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		PA; NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		PA; NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	PA; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	PA; NEDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		NEDS
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
<b>ANTIHELMÍNTICOS</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		NEDS
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	PA; GC; NEDS
<b>ANTIPROTOZOARIOS</b>		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	NEDS
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	GC; NEDS
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		GC; NEDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		GC; MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		NEDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		GC; MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	GC; MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	GC; MO
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG		NEDS
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		GC; MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Alinia	GC; QL (6 per 30 days); NEDS
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nebupent	PA-BvsD; NEDS
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	PA-BvsD; NEDS
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>		GC; NEDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	PA; NEDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Qualaquin	PA; GC; NEDS
<b>ANTIPSIÓTICOS</b>		
<b>A TÍPICO/2DA GENERACIÓN</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		PA; QL (2.4 per 56 days); NEDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		PA; QL (3.2 per 56 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 per 26 days); NEDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		PA; QL (1 per 26 days); NEDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		MO; QL (750 per 30 days); FFQL
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Abilify	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Abilify	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		QL (60 per 30 days); NEDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		PA; QL (7 per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		PA; QL (10 per 365 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		PA; QL (1.5 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		PA; QL (0.88 per 90 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		PA; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		PA; QL (1.75 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		PA; QL (2.63 per 90 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Latuda	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Latuda	QL (60 per 30 days); NEDS
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZyPREXA	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA Zydis	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	Invega	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Invega	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		PA; QL (1 per 30 days); NEDS
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	GC; MO; QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		PA; QL (7 per 28 days); NEDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	PA; GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<b>RESISTENTE AL TRATAMIENTO</b>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Clozaril	GC; QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 25 mg</i>	Clozaril	GC; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	Clozaril	GC; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>		GC; QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>		GC; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		GC; QL (120 per 30 days); NEDS
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		PA; QL (540 per 30 days); NEDS
<b>TÍPICO/1RA GENERACIÓN</b>		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		GC; MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		GC; MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		GC; MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	Haldol Decanoate	GC; NEDS
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		GC; NEDS
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		GC; MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		GC; MO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		GC; MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		GC; MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		GC; MO
<b>ANTIVIRALES</b>		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		GC; NEDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		GC; NEDS
<b>AGENTES ANTI-CITOMEGALOVIRUS (CMV)</b>		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		PA; QL (100 per 100 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	GC; MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Valcyte	MO; FFQL
<b>AGENTES ANTIGRIPALES</b>		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tamiflu	GC; QL (84 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tamiflu	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	GC; NEDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		NEDS
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		GC; NEDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG		NEDS
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG		NEDS
<b>AGENTES ANTIHERPÉTICOS</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		GC; NEDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		GC; NEDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		GC; NEDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		GC; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		GC; NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Valtrex	GC; QL (90 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Valtrex	GC; QL (60 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA DE NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS (NRTI)</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	GC; MO; QL (900 per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Epzicom	GC; MO; QL (30 per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	Atripla	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	Symfi Lo	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	GC; MO; QL (30 per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		MO; QL (680 per 28 days); FFQL
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	GC; MO; QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Epivir	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Epivir	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	GC; MO; QL (30 per 30 days)
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		QL (240 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		QL (30 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	GC; MO; QL (1680 per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<b>AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)</b>		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		MO; QL (180 per 30 days); FFQL
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		MO; QL (360 per 30 days); FFQL
<b>AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)</b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		QL (120 per 30 days); NEDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Reyataz	MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Reyataz	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	QL (30 per 30 days); NEDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Lexiva	QL (120 per 30 days); NEDS
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		MO; QL (1575 per 28 days); FFQL
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	Kaletra	GC; MO; QL (400 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	MO; QL (300 per 30 days); FFQL
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	GC; MO; QL (120 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		MO; QL (360 per 30 days); FFQL
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		QL (360 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		MO; QL (240 per 30 days); FFQL
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		MO; QL (420 per 30 days); FFQL
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	GC; MO; QL (360 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		QL (300 per 30 days); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		QL (120 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO NUCLEÓSIDOS (NNRTI)</b>		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>		GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Sustiva	MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	QL (120 per 30 days); NEDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		MO; QL (120 per 30 days); FFQL
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		GC; MO; QL (1200 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
<b>AGENTES ANTI-VIH, OTROS</b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Selzentry	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	QL (120 per 30 days); NEDS
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		QL (1800 per 30 days); NEDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		MO; QL (240 per 30 days); FFQL
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		QL (60 per 30 days); NEDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG		QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG		QL (5 per 180 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		QL (30 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		QL (180 per 30 days); NEDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<b>AGENTES CONTRA LA HEPATITIS B (VHB)</b>		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		PA; QL (600 per 30 days); NEDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	PA; GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		GC; MO; QL (30 per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		PA; QL (28 per 28 days); NEDS
<b>AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC)</b>		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG		PA; NEDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		PA; NEDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		GC; NEDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	PA; NEDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		PA; NEDS
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/MET</b>		
<b>ALES/VITAMINAS</b>		
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/MET</b>		
<b>ALES/VITAMINAS</b>		
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		PA-BvsD; NEDS
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA-BvsD; NEDS
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		GC; NEDS
DOJOLVI ORAL LIQUID 100 %		PA; NEDS
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		PA-BvsD; NEDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Carnitor	GC; MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Carnitor	GC; MO
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		PA-BvsD; NEDS
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	NeoNatal Plus	GC; NEDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		PA-BvsD; GC; NEDS
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA-BvsD; NEDS
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		PA-BvsD; NEDS
<b>LIGANTES DE FOSFATO</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Calphron	GC; MO; QL (360 per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Fosrenol	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	Renvela	GC; MO; QL (540 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	Renvela	GC; MO; QL (180 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Renvela	GC; MO; QL (540 per 30 days)
<b>MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES</b>		
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	Exjade	PA; GC; MO
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	Exjade	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	Ferriprox	PA; NEDS
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		MO; FFQL
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		GC; NEDS
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		NEDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	PA; NEDS
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>		PA; NEDS
<b>REEMPLAZO DE ELECTROLITOS/MINERALES</b>		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	PA; NEDS
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		PA-BvsD; NEDS
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>		GC; NEDS
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	Plasma-Lyte 148	PA-BvsD; GC; NEDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		PA-BvsD; NEDS
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con M10	GC; MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	Klor-Con M15	GC; MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>	Klor-Con M20	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		GC; MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>	Klor-Con 10	GC; MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>	K-Tab	GC; MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	GC; MO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Klor-Con	GC; MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		GC; MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	GC; NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	GC; NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	Urocit-K 5	GC; NEDS
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>		PA-BvsD; NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		NEDS
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Argyle Sterile Saline	NEDS
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		GC; NEDS

## **PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE**

### **AGENTES MODIFICADORES DE PLAQUETAS**

<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		GC; MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		GC; MO
<b>ANTICOAGULANTES</b>		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		QL (74 per 30 days); NEDS
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		MO; QL (90 per 30 days); FFQL
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	GC; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	GC; QL (24 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	GC; QL (9 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	GC; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	GC; QL (18 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	QL (14 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	GC; QL (24 per 30 days); NEDS
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		PA-BvsD; GC; NEDS
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		GC; MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Jantoven	GC; MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		MO; QL (900 per 30 days); FFQL
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG		MO; QL (120 per 30 days); FFQL
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		QL (51 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
<b>PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE, OTROS</b>		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Agrylin	GC; MO
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		GC; MO
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		PA; NEDS
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		PA; NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		PA; QL (360 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		PA; QL (180 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA; QL (30 per 30 days); NEDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		PA; QL (12 per 28 days); NEDS
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		GC; NEDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		PA; NEDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		PA; NEDS
<b>REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE</b>		
<b>AGENTES ANTIDIABÉTICOS</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Glucotrol XL	GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		GC; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		MO; QL (60 per 30 days); FFQL
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		MO; QL (30 per 30 days); FFQL
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	Riomet	GC; MO; QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		GC; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		GC; MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		GC; MO; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML		PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		PA; MO; QL (6 per 28 days); FFQL
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		PA; MO; QL (3 per 28 days); FFQL
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	GC; MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Duetact	GC; MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	NEDS
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		NEDS
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		NEDS
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<b>INSULINAS</b>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		QL (120 per 30 days)
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	Band-Aid Gauze Small	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		QL (120 per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Referencia</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo Max SoloStar	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	Lantus SoloStar	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo SoloStar	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Lantus	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG KwikPen	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HumaLOG	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG Junior KwikPen	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>insulin lispro prot &amp; lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	HumaLOG Mix 75/25 KwikPen	MO; QL (40 per 30 days); FFQL
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	BD Insulin Syringe MicroFine	QL (120 per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		QL (120 per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		ST; MO; QL (18 per 30 days); FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

Nombre del medicamento	Referencia	Requisitos/Límites
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 300 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		MO; QL (40 per 30 days); FFQL
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		PA; GC; NEDS
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		PA; GC; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VII de la introducción. Formulario ID: 24446 Versión 11 Última Actualización: 04/18/2024 Fecha de Efectividad: 05/01/2024

## Listado alfabético

### A

<i>abacavir sulfate</i> .....	88	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .6	<i>atenolol</i> .....	5
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ...	88	<i>amiodarone hcl</i> .....	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	7
ABILIFY ASIMTUFII.....	82	<i>amitriptyline hcl</i> .....	<i>atomoxetine hcl</i> .....	14
ABILIFY MAINTENA.....	83	AMJEVITA .....	<i>atorvastatin calcium</i> .....	9
<i>abiraterone acetate</i> .....	73	AMJEVITA-PED 15KG TO	<i>atovaquone</i> .....	82
ABRYSVO.....	36	<30KG .....	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	82
<i>acamprosate calcium</i> .....	46	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> 6	<i>atropine sulfate</i> .....	41
<i>acarbose</i> .....	96	<i>amlodipine besylate</i> .....	ATROVENT HFA.....	50
ACCUTANE .....	17	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .6	AUGTYRO.....	76
<i>acebutolol hcl</i> .....	5	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	AUSTEDO .....	15
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	52	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	AUSTEDO XR.....	15
<i>acetazolamide</i> .....	40	<i>ammonium lactate</i> .....	AUSTEDO XR PATIENT	
<i>acetazolamide er</i> .....	40	<i>amoxapine</i> .....	TITRATION.....	15
<i>acetic acid</i> .....	43	<i>amoxicillin</i> .....	AUVELITY .....	66
<i>acetylcysteine</i> .....	47	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ...	AVIANE.....	24
<i>acitretin</i> .....	17	59,	AYVAKIT.....	76
ACTHIB .....	36	60	AZASITE .....	42
ACTIMMUNE .....	33	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> 59	azathioprine .....	34
<i>acyclovir</i> .....	20, 87	<i>amphetamine-</i>	<i>azelastine hcl</i> .....	40, 49
<i>acyclovir sodium</i> .....	87	<i>dextroamphetamine</i> .....	<i>azelastine-fluticasone</i> .....	49
ADACEL.....	36	<i>amphotericin b</i> .....	<i>azithromycin</i> .....	61
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i> .....	33	<i>amphotericin b liposome</i> .....	AZOPT .....	40
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>		<i>ampicillin</i> .....	<i>aztreonam</i> .....	57
.....	33, 34	<i>ampicillin sodium</i> .....	<b>B</b>	
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs str)</i>		<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .60	<i>bacitracin</i> .....	42
.....	34	<i>anagrelide hcl</i> .....	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	42
<i>adalimumab-adbm(ps/uv</i>		<i>anastrozole</i> .....	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	
<i>starter</i> ).....	34	<i>apraclonidine hcl</i> .....	.....	41
<i>adapalene</i> .....	17	<i>aprepitant</i> .....	<i>baclofen</i> .....	1
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	91	APTIOM.....	<i>balsalazide disodium</i> .....	43
ADEMPAS.....	49	APTIVUS .....	BALVERSA .....	76
AKEEGA .....	76	ARCALYST .....	BALZIVA.....	24
<i>albendazole</i> .....	82	AREXVY .....	BAQSIMI ONE PACK .....	98
<i>albuterol sulfate</i> .....	50, 51	ARIKAYCE .....	BARACLUDGE.....	91
<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	50	<i>aripiprazole</i> .....	<i>bcg vaccine</i> .....	36
<i>alclometasone dipropionate</i> ...	18	<i>armodafinil</i> .....	BELSOMRA .....	44
ALECENSA.....	76	ARNUITY ELLIPTA.....	<i>benazepril hcl</i> .....	12
<i>alendronate sodium</i> .....	39	<i>asenapine maleate</i> .....	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> 7	
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	23	ASMANEX (120 METERED	BENLYSTA .....	34
<i>aliskiren fumarate</i> .....	6	DOSES).....	<i>benznidazole</i> .....	82
<i>allopurinol</i> .....	47	ASMANEX (30 METERED	<i>benztropine mesylate</i> .....	3
<i>alosetron hcl</i> .....	21	DOSES).....	BESREMI.....	33
<i>alprazolam</i> .....	56	ASMANEX (60 METERED	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	18
ALUNBRIG .....	76	DOSES).....	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	
<i>amantadine hcl</i> .....	2	ASMANEX HFA .....	.....	18
<i>ambrisentan</i> .....	49	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	<i>betamethasone valerate</i> .....	18
<i>amiloride hcl</i> .....	11	ASSURE ID INSULIN	<i>betaxolol hcl</i> .....	5, 40
		SAFETY SYR .....	<i>bethanechol chloride</i> .....	23
		99		
		<i>atazanavir sulfate</i> .....		
		89		

<i>bexarotene</i> .....	82	CALQUENCE.....	76	<i>cilostazol</i> .....	94
BEXSERO.....	36	CAMILA .....	27	CIMDUO.....	88
<i>bicalutamide</i> .....	73	CAMZYOS .....	7	<i>cimetidine</i> .....	22
BICILLIN C-R.....	60	<i>candesartan cilexetil</i> .....	10	<i>cinacalcet hcl</i> .....	39
BICILLIN C-R 900/300.....	60	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....	7	CINRYZE.....	31
BICILLIN L-A .....	60	CAPLYTA.....	83	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	43, 62
BIKTARVY .....	89	CAPRELSA.....	76	<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	62
<i>bimatoprost</i> .....	41	<i>captopril</i> .....	12	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	43
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	5	<i>carbamazepine</i> .....	64	<i>clitalopram hydrobromide</i> .....	67, 68
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	7	<i>carbamazepine er</i> .....	64	CLARAVIS .....	17
BOOSTRIX.....	36	<i>carbidopa</i> .....	3	<i>clarithromycin</i> .....	61
<i>bosentan</i> .....	49	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	3	<i>clarithromycin er</i> .....	61
BOSULIF .....	76	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	3	<i>clindamycin hcl</i> .....	57
BRAFTOVI.....	76	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	2	<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	57
BREO ELLIPTA .....	47	<i>carglumic acid</i> .....	93	<i>clindamycin phosphate</i> .....	20, 57
BREZTRI AEROSPHERE .....	47	<i>carteolol hcl</i> .....	40	<i>clindamycin phosphate in d5w</i> .....	57
<i>briellyn</i> .....	24	CARTIA XT.....	5	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRILINTA .....	94	<i>carvedilol</i> .....	5	(4.25/5) .....	92
<i>brimonidine tartrate</i> .....	40	<i>carvedilol phosphate er</i> .....	5	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .....	40	CAYSTON .....	48	.....	92
BRIVIACT .....	65	<i>cefaclor</i> .....	58	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> .....	42	<i>cefadroxil</i> .....	58	.....	92
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	2	<i>cefazolin sodium</i> .....	58	<i>clobazam</i> .....	63
BRONCHITOL .....	48	<i>cefdinir</i> .....	58	<i>clobetasol propionate</i> .....	18
BRUKINSA .....	76	<i>cefepime hcl</i> .....	58	<i>clobetasol propionate e</i> .....	18
<i>budesonide</i> .....	44, 50	<i>cefixime</i> .....	58	<i>clomipramine hcl</i> .....	69
<i>budesonide er</i> .....	44	<i>cefoxitin sodium</i> .....	59	<i>clonazepam</i> .....	56
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> .....	47	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	59	<i>clonidine</i> .....	10
<i>bumetanide</i> .....	11	<i>cefprozil</i> .....	59	<i>clonidine hcl</i> .....	10
<i>buprenorphine hcl</i> .....	46	<i>ceftazidime</i> .....	59	<i>clonidine hcl er</i> .....	14
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> .....	46	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	59	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	94
<i>bupropion hcl</i> .....	67	<i>cefuroxime axetil</i> .....	59	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	56
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> .....	46	<i>cefuroxime sodium</i> .....	59	<i>clotrimazole</i> .....	71, 72
<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	66	<i>celecoxib</i> .....	54	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	16
<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	67	<i>cephalexin</i> .....	59	<i>clozapine</i> .....	85, 86
<i>buspironone hcl</i> .....	55	<i>cetirizine hcl</i> .....	49	COARTEM.....	82
<i>butalbital-acetaminophen</i> .....	51	<i>cevimeline hcl</i> .....	16	<i>codeine sulfate</i> .....	52
<i>butalbital-apap-caffeine</i> .....	51	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	56	<i>colchicine</i> .....	47
<b>C</b>		<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i> .....	67	<i>colchicine-probenecid</i> .....	47
<i>cabergoline</i> .....	30	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> .....	21	<i>colesevelam hcl</i> .....	9
CABOMETYX.....	76	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	16	<i>colestipol hcl</i> .....	9
<i>calcipotriene</i> .....	16	<i>chloroquine phosphate</i> .....	82	<i>colistimethate sodium (cba)</i> .....	57
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	39	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	86	COMBIVENT RESPIMAT.....	47
<i>calcitriol</i> .....	39	<i>chlorthalidone</i> .....	11	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) .....	77
<i>calcium acetate</i> .....	92	<i>cholestyramine</i> .....	9	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) .....	77
<i>calcium acetate (phos binder)</i> .....	92	<i>cholestyramine light</i> .....	9	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) .....	77
		<i>ciclopirox</i> .....	20		
		<i>ciclopirox olamine</i> .....	71		

COMFORT ASSIST INSULIN	<i>dexamethasone sodium</i>	<i>dronabinol</i> .....	70
SYRINGE.....	<i>phosphate</i> .....	DROXIA.....	74
COMPLERA .....	<i>dexlansoprazole</i> .....	<i>droxidopa</i> .....	10
COPIKTRA.....	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	DUAVEE.....	26
CORLANOR.....	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	<i>duloxetine hcl</i> .....	68
COSENTYX.....	<i>dextrose</i> .....	DUPIXENT .....	32
COSENTYX (300 MG DOSE)	<i>dextrose-nacl</i> .....	<i>dutasteride</i> .....	23
.....	DIACOMIT .....	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .....	23
COSENTYX SENSOREADY	<i>diazepam</i> .....	<b>E</b>	
(300 MG).....	DIAZEPAM INTENSOL.....	<i>ec-naproxen</i> .....	54
COSENTYX UNOREADY ...	<i>diazoxide</i> .....	<i>econazole nitrate</i> .....	72
COTELLIC.....	<i>diclofenac epolamine</i> .....	EDURANT .....	90
CREON .....	<i>diclofenac potassium</i> .....	<i>efavirenz</i> .....	90
<i>cromolyn sodium</i> .....	<i>diclofenac sodium</i> .....	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	88
<i>cvs gauze sterile</i> .....	<i>diclofenac sodium er</i> .....	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	88
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	.....	88
<i>cyclophosphamide</i> .....	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	<i>eletriptan hydrobromide</i> .....	1
<i>cyclosporine</i> .....	<i>dicyclomine hcl</i> .....	ELIGARD.....	30
<i>cyclosporine modified</i> .....	DIFICID .....	ELIQUIS.....	95
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	<i>diflunisal</i> .....	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
CYRED EQ.....	<i>difluprednate</i> .....	PACK .....	95
CYSTAGON .....	<i>digoxin</i> .....	ELMIRON.....	23
<b>D</b>	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ...	ELURYNG .....	24
<i>dalfampridine er</i> .....	<i>diltiazem hcl</i> .....	EMGALITY .....	2
<i>danazol</i> .....	<i>diltiazem hcl er</i> .....	EMGALITY (300 MG DOSE).	2
<i>dantrolene sodium</i> .....	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	EMSAM .....	67
<i>dapsone</i> .....	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ...	<i>emtricitabine</i> .....	88
DAPTACEL.....	<i>dilt-xr</i> .....	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	88
<i>daptomycin</i> .....	<i>dimethyl fumarate</i> .....	EMTRIVA .....	88
<i>darifenacin hydrobromide er</i> .	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	<i>enalapril maleate</i> .....	12
<i>darunavir</i> .....	.....	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ..	7
DAURISMO.....	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	ENBREL.....	34
DAYBUE .....	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> ..	ENBREL MINI .....	34
<i>deferasirox</i> .....	<i>dipyridamole</i> .....	ENBREL SURECLICK .....	34
<i>deferiprone</i> .....	<i>disulfiram</i> .....	ENDARI.....	45
DELSTRIGO.....	<i>divalproex sodium</i> .....	ENDOCET .....	52
<i>demeclocycline hcl</i> .....	<i>divalproex sodium er</i> .....	ENGERIX-B.....	36, 37
DEPO-SUBQ PROVERA 104	<i>dofetilide</i> .....	ENILLORING .....	24
.....	DOJOLVI.....	<i>enoxaparin sodium</i> .....	95
DESCOVY .....	<i>donepezil hcl</i> .....	ENPRESSE-28 .....	24
<i>desipramine hcl</i> .....	<i>dorzolamide hcl</i> .....	ENSPRYNG .....	34
<i>desloratadine</i> .....	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	<i>entacapone</i> .....	2
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	<i>entecavir</i> .....	91
<i>desmopressin acetate</i> .....	.....	ENTRESTO.....	7
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	DOVATO .....	<i>enulose</i> .....	21
<i>desonide</i> .....	<i>doxazosin mesylate</i> .....	ENVARUSUS XR .....	34
<i>desoximetasone</i> .....	<i>doxepin hcl</i> .....	EPIDIOLEX .....	65
<i>desvenlafaxine er</i> .....	DOXY 100 .....	<i>epinastine hcl</i> .....	40
<i>desvenlafaxine succinate er</i> ....	<i>doxycycline hyclate</i> .....	<i>epinephrine</i> .....	51
<i>dexamethasone</i> .....	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	<i>eplerenone</i> .....	11

EPRONTIA .....	2	<i>fentanyl</i> .....	53	<i>galantamine hydrobromide er</i> 13	
<i>ergoloid mesylates</i> .....	13	<i>fentanyl citrate</i> .....	52	GAMMAGARD .....	33
<i>ergotamine-caffeine</i> .....	2	FETZIMA .....	68	GAMMAGARD S/D LESS IGA	.....33
ERIVEDGE .....	77	FETZIMA TITRATION .....	68	GAMMAPLEX .....	33
ERLEADA .....	73	FILSPARI .....	7	GAMUNEX-C .....	33
<i>erlotinib hcl</i> .....	77	<i>finasteride</i> .....	23	GARDASIL 9 .....	37
ERRIN .....	27	FINTEPLA .....	65	<i>gatifloxacin</i> .....	42
<i>ertapenem sodium</i> .....	61	FIRMAGON .....	30	GAVILYTE-C .....	21
<i>ery</i> .....	20	FIRMAGON (240 MG DOSE)	.....30	GAVRETO .....	77
ERYTHROCIN STEARATE.61		<i>flavoxate hcl</i> .....	23	<i>gefitinib</i> .....	77
<i>erythromycin</i> ..... 20, 42, 61		<i>flecainide acetate</i> ..... 10		<i>gemfibrozil</i> .....	8
<i>erythromycin base</i> .....	61	<i>fluconazole</i> ..... 72		<i>generlac</i> .....	21
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ... 61		<i>fluconazole in sodium chloride</i>	..... 72	<i>gentamicin in saline</i> ..... 56	
<i>escitalopram oxalate</i> .....	68	..... 72		<i>gentamicin sulfate</i> ..... 42, 56	
<i>esomeprazole magnesium</i> ..... 22		<i>flucytosine</i> ..... 72		GENVOYA .....	89
ESTARYLLA..... 24		<i>fludrocortisone acetate</i> ..... 28		GILOTRIF..... 77	
<i>estazolam</i> .....	44	<i>flunisolide</i> .....	50	<i>glatiramer acetate</i> .....	15
<i>estradiol</i> ..... 27		<i>fluocinolone acetonide</i> .... 19, 43		GLEOSTINE .....	73
<i>estradiol-norethindrone acet</i> .. 24		<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .. 19		<i>glimepiride</i> ..... 96	
<i>ethambutol hcl</i> .....	71	<i>fluocinonide</i> .....	19	<i>glipizide</i> .....	96
<i>ethosuximide</i> .....	64	<i>fluocinonide emulsified base</i> .. 19		<i>glipizide er</i> .....	96
<i>etodolac</i> .....	54	<i>fluorometholone</i> ..... 42		<i>glipizide-metformin hcl</i> ..... 96	
<i>etodolac er</i> ..... 54		<i>flurouracil</i> ..... 16		<i>global alcohol prep ease</i> .....	16
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> . 24		<i>fluoxetine hcl</i> .....	68	GLUCAGEN HYPOKIT..... 99	
<i>etravirine</i> .....	90	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	86	<i>glucagon emergency</i> ..... 99	
EUTHYROX .....	29	<i>fluphenazine hcl</i> ..... 86		<i>glyburide</i> ..... 96	
<i>everolimus</i> .....	34, 77	<i>flurbiprofen</i> ..... 54		<i>glycopyrrolate</i> ..... 22	
EVOTAZ..... 90		<i>flurbiprofen sodium</i> ..... 42		GLYXAMBI..... 97	
EVRYSDI..... 16		<i>fluticasone propionate</i> .....	19, 50	<i>granisetron hcl</i> ..... 71	
EXEL COMFORT POINT PEN		<i>fluticasone propionate hfa</i> ..... 50		<i>griseofulvin microsize</i> ..... 72	
NEEDLE .....	99	<i>fluvastatin sodium</i> ..... 9		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .... 72	
<i>exemestane</i> .....	75	<i>fluvastatin sodium er</i> .....	9	<i>guanfacine hcl er</i> .....	14
EXKIVITY .....	77	<i>fluvoxamine maleate</i> ..... 68		<b>H</b>	
<i>ezetimibe</i> ..... 9		<i>fluvoxamine maleate er</i> .....	68	<i>halobetasol propionate</i> .....	19
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	9	<i>fondaparinux sodium</i> ..... 95		HALOETTE .....	25
<b>F</b>		<i>fosamprenavir calcium</i> .....	90	<i>haloperidol</i> .....	86
<i>famciclovir</i> ..... 87		<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	57	<i>haloperidol decanoate</i> .....	86
<i>famotidine</i> ..... 22		<i>fosinopril sodium</i> ..... 12		<i>haloperidol lactate</i> ..... 86	
FANAPT .....	83	<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	7	HAVRIX..... 37	
FANAPT TITRATION PACK		FOTIVDA .....	77	HEATHER .....	27
..... 83		FRUZAQLA..... 77		<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	95
FARXIGA .....	96	FULPHILA..... 96		HEPLISAV-B..... 37	
FASENRA..... 47		<i>furosemide</i> .....	11	HIBERIX..... 37	
FASENRA PEN .....	47	FUZEON .....	91	HUMALOG..... 99	
<i>febuxostat</i> .....	47	FYAVOLV .....	24	HUMALOG JUNIOR	
<i>felbamate</i> .....	65	FYCOMPA..... 65		KWIKPEN..... 99	
<i>felodipine er</i> ..... 4		<b>G</b>		HUMALOG KWIKPEN .....	99
<i>fenofibrate</i> .....	8	<i>gabapentin</i> .....	63	HUMALOG MIX 50/50	
<i>fenofibrate micronized</i> ..... 8		<i>galantamine hydrobromide</i> .... 13		KWIKPEN..... 99	
<i>fenofibric acid</i> .....	8				

HUMALOG MIX 75/25.....	99	ICLUSIG .....	77	IXIARO .....	37
HUMALOG MIX 75/25		<i>icosapent ethyl</i> .....	9	<b>J</b>	
KWIKPEN .....	99	IDHIFA .....	74	JAKAFI .....	78
HUMALOG TEMPO PEN ....	99	ILEVRO .....	42	JANTOVEN .....	95
HUMIRA (2 PEN) .....	35	<i>imatinib mesylate</i> .....	77, 78	JANUMET .....	97
HUMIRA (2 SYRINGE).....	35	IMBRUVICA .....	78	JANUMET XR.....	97
HUMIRA-CD/UC/HS		<i>imipenem-cilastatin</i> .....	61	JANUVIA.....	97
STARTER .....	35	<i>imipramine hcl</i> .....	70	JARDIANCE.....	97
HUMIRA-PED<40KG		<i>imipramine pamoate</i> .....	70	JASMIEL.....	25
CROHNS STARTER.....	35	<i>imiquimod</i> .....	17	JAYPIRCA .....	78
HUMIRA-PED>/=40KG		IMOVAX RABIES .....	37	JENTADUETO .....	97
CROHNS START .....	35	INCASSIA.....	27	JENTADUETO XR.....	97
HUMIRA-PED>/=40KG UC		INCRELEX .....	28	JINTELI.....	25
STARTER .....	35	<i>indapamide</i> .....	11	JOENJA .....	32
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX.....	37	JULUCA.....	88
STARTER .....	35	INLYTA .....	78	JYNNEOS .....	37
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		INQOVI.....	74	<b>K</b>	
STARTER .....	35	INREBIC .....	78	KALYDECO .....	48
HUMULIN 70/30.....	100	<i>insulin glargine</i> .....	100	<i>kcl in dextrose-nacl</i> .....	93
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	99	<i>insulin glargine max solostar</i>	100	<i>kcl-lactated ringers-d5w</i> .....	93
HUMULIN N .....	100	.....	100	KERENDIA.....	11
HUMULIN N KWIKPEN....	100	<i>insulin glargine solostar</i> .....	100	<i>ketoconazole</i> .....	72
HUMULIN R .....	100	<i>insulin lispro</i> .....	100	<i>ketoprofen</i> .....	55
HUMULIN R U-500		<i>insulin lispro (1 unit dial)</i> ....	100	<i>ketorolac tromethamine</i> ...	42, 43,
(CONCENTRATED).....	100	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	100	55	
HUMULIN R U-500		<i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> ...	100	KINERET .....	35
KWIKPEN .....	100	INTELENCE.....	90	KINRIX .....	37
<i>hydralazine hcl</i> .....	12	INTRAROSA .....	25	KISQALI (200 MG DOSE)....	78
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	11	INVEGA HAFYERA.....	83	KISQALI (400 MG DOSE)....	78
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .	52	INVEGA SUSTENNA.....	83	KISQALI (600 MG DOSE)....	78
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	52	INVEGA TRINZA .....	83, 84	KISQALI FEMARA (200 MG	
<i>hydrocortisone</i> .....	19, 28, 44	IPOL .....	37	DOSE) .....	74
<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	19	<i>ipratropium bromide</i> .....	50	KISQALI FEMARA (400 MG	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>		<i>ipratropium-albuterol</i> .....	48	DOSE) .....	74
.....	17	<i>irbesartan</i> .....	10	KISQALI FEMARA (600 MG	
<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	19	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	7	DOSE) .....	75
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	19	ISENTRESS .....	89	KORLYM.....	99
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ....	43	ISENTRESS HD .....	89	KOSELUGO.....	78
<i>hydromorphone hcl</i> .....	52, 53	ISIBLOOM.....	25	KRAZATI.....	75
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ....	82	ISOLYTE-P IN D5W .....	92	<b>L</b>	
<i>hydroxyurea</i> .....	74	ISOLYTE-S PH 7.4.....	93	<i>labetalol hcl</i> .....	6
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	55	<i>isoniazid</i> .....	71	<i>lacosamide</i> .....	64
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	55	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	12	<i>lactulose</i> .....	21
HYFTOR.....	19	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	12	LAGEVRIO.....	86
<b>I</b>		<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	12	<i>lamivudine</i> .....	88, 91
<i>ibandronate sodium</i> .....	39	<i>isotretinoin</i> .....	17	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	88
IBRANCE .....	77	<i>isradipine</i> .....	4	<i>lamotrigine</i> .....	65
IBU .....	54	<i>itraconazole</i> .....	72	<i>lamotrigine er</i> .....	65
<i>ibuprofen</i> .....	54	<i>ivermectin</i> .....	82	<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ....	65
<i>icatibant acetate</i> .....	31	IWILFIN.....	74	<i>lamotrigine starter kit-green</i> ..	65



<i>lamotrigine starter kit-orange</i> 65	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....55	LYTGOBI (20 MG DAILY
LAMPIT .....82	<i>linezolid</i> .....57	DOSE) .....79
<i>lansoprazole</i> .....22	LINZESS .....21	LYZA .....27
<i>lanthanum carbonate</i> .....92	<i>liothyronine sodium</i> .....29	<b>M</b>
LANTUS .....100	<i>lisinopril</i> .....12	<i>magnesium sulfate</i> .....93
LANTUS SOLOSTAR .....100	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ..7	<i>malathion</i> .....20
<i>lapatinib ditosylate</i> .....78	<i>lithium</i> .....4	<i>maraviroc</i> .....91
<i>latanoprost</i> .....41	<i>lithium carbonate</i> .....4	MARPLAN.....67
<i>leflunomide</i> .....32	<i>lithium carbonate er</i> .....4	MATULANE.....73
<i>lenalidomide</i> .....73	LOKELMA .....93	MAVYRET .....91
LENVIMA (10 MG DAILY	LONSURF.....75	MAYZENT.....15
DOSE) .....78	<i>loperamide hcl</i> .....21	MAYZENT STARTER PACK
LENVIMA (12 MG DAILY	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....90	.....15
DOSE) .....78	<i>lorazepam</i> .....56	<i>meclizine hcl</i> .....70
LENVIMA (14 MG DAILY	LORAZEPAM INTENSOL...56	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ..27
DOSE) .....78	LORBRENA .....79	<i>mefloquine hcl</i> .....82
LENVIMA (18 MG DAILY	LORYNA .....25	<i>megestrol acetate</i> .....27
DOSE) .....78	<i>losartan potassium</i> .....10	MEKINIST .....79
LENVIMA (20 MG DAILY	<i>losartan potassium-hctz</i> .....7	MEKTOVI.....79
DOSE) .....78	<i>loteprednol etabonate</i> .....43	<i>meloxicam</i> .....55
LENVIMA (24 MG DAILY	<i>lovastatin</i> .....9	<i>memantine hcl</i> .....13
DOSE) .....79	<i>loxapine succinate</i> .....86	<i>memantine hcl er</i> .....13
LENVIMA (4 MG DAILY	<i>lubiprostone</i> .....21	MENACTRA.....37
DOSE) .....79	LUMAKRAS.....75	MENEST .....27
LENVIMA (8 MG DAILY	LUMIGAN .....42	MENQUADFI .....37
DOSE) .....79	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	MENVEO .....37
<i>letrozole</i> .....76	.....30	<i>meprobamate</i> .....55
<i>leucovorin calcium</i> .....75	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	<i>mercaptopurine</i> .....74
LEUKERAN .....73	.....30	<i>meropenem</i> .....61
LEUKINE.....96	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	<i>mesalamine</i> .....43
<i>leuprolide acetate</i> .....30	.....30	<i>mesalamine er</i> .....43
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..30	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	MESNEX.....75
<i>levalbuterol hcl</i> .....51	.....30	<i>metformin hcl</i> .....97
<i>levalbuterol tartrate</i> .....51	LUPRON DEPOT-PED (1-	<i>metformin hcl er</i> .....97
<i>levetiracetam</i> .....66	MONTH).....30	<i>methadone hcl</i> .....53, 54
<i>levetiracetam er</i> .....65, 66	LUPRON DEPOT-PED (3-	<i>methazolamide</i> .....41
<i>levobunolol hcl</i> .....40	MONTH).....30	<i>methenamine hippurate</i> .....57
<i>levocarnitine</i> .....92	LUPRON DEPOT-PED (6-	<i>methimazole</i> .....31
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> 49	MONTH).....30	<i>methotrexate sodium</i> .....35
<i>levofloxacin</i> .....42, 62	<i>lurasidone hcl</i> .....84	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....35
<i>levofloxacin in d5w</i> .....62	LUTERA .....25	<i>methsuximide</i> .....65
LEVONEST .....25	LYBALVI .....84	<i>methylphenidate hcl</i> .....14
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..25	LYLEQ .....27	<i>methylphenidate hcl er</i> .....14
LEVO-T .....29	LYNPARZA.....75	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .14
<i>levothyroxine sodium</i> .....29	LYSODREN.....73	<i>methylprednisolone</i> .....28
LEVOXYL .....29	LYTGOBI (12 MG DAILY	<i>metoclopramide hcl</i> .....21
LEXIVA .....90	DOSE) .....79	<i>metolazone</i> .....11
<i>lidocaine</i> .....55	LYTGOBI (16 MG DAILY	<i>metoprolol succinate er</i> .....6
<i>lidocaine hcl</i> .....55	DOSE) .....79	<i>metoprolol tartrate</i> .....6
<i>lidocaine viscous hcl</i> .....55		

<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	NAYZILAM.....	63	NUTRILIPID.....	92
.....	<i>nebivolol hcl</i> .....	6	NYLIA 1/35.....	25
<i>metronidazole</i> .....	<i>nefazodone hcl</i> .....	68	NYLIA 7/7/7.....	25
.....	<i>neomycin sulfate</i> .....	56	NYMYO.....	25
<i>metirosine</i> .....	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	42	<i>nystatin</i> .....	72
.....	.....	42	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	17
<i>mexiletine hcl</i> .....	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	41	<b>O</b>	
.....	.....	41	<i>octreotide acetate</i> .....	30
<i>micafungin sodium</i> .....	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	41	ODEFSEY.....	88
.....	.....	41	ODOMZO.....	79
<i>miconazole 3</i> .....	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ....	41, 43	OFEV.....	47
.....	NERLYNX.....	79	<i>ofloxacin</i> .....	42, 43, 62
<i>midazolam hcl</i> .....	NEUPRO.....	3	OGSIVEO.....	73
.....	<i>nevirapine</i> .....	90, 91	OJJAARA.....	79
<i>midazolam hcl (pf)</i> .....	<i>nevirapine er</i> .....	90	<i>olanzapine</i> .....	84
<i>midodrine hcl</i> .....	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> ..	9	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> .....	67
.....	nicardipine hcl.....	4	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	10
<i>mifepristone</i> .....	NICOTROL.....	46	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	8
.....	NICOTROL NS.....	46	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .....	8
<i>miglitol</i> .....	<i>nifedipine er</i> .....	4	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	9
.....	<i>nifedipine er osmotic release</i> ....	4	omeprazole.....	22
<i>miglustat</i> .....	NIKKI.....	25	OMNITROPE.....	28
.....	<i>nilutamide</i> .....	74	<i>ondansetron</i> .....	71
MILI.....	NINLARO.....	75	<i>ondansetron hcl</i> .....	71
<i>minocycline hcl</i> .....	<i>nisoldipine er</i> .....	4	ONUREG.....	74
.....	<i>nitazoxanide</i> .....	82	ORENCIA.....	32
<i>minoxidil</i> .....	NITRO-BID.....	12	ORENCIA CLICKJECT.....	32
.....	NITRO-DUR.....	12	ORGOVYX.....	75
<i>mirtazapine</i> .....	<i>nitrofurantoin</i> .....	58	ORKAMBI.....	48
.....	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	58	<i>orphenadrine citrate er</i> .....	101
<i>misoprostol</i> .....	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	58	ORSERDU.....	74
.....	.....	58	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	87
M-M-R II.....	<i>nitroglycerin</i> .....	13	OTEZLA.....	36
<i>modafinil</i> .....	<i>nizatidine</i> .....	22	oxaprozin.....	55
.....	NORA-BE.....	27	<i>oxcarbazepine</i> .....	64
<i>moexipril hcl</i> .....	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	25	<i>oxybutynin chloride</i> .....	24
.....	<i>norethindrone</i> .....	28	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	23, 24
<i>molindone hcl</i> .....	<i>norethindrone acetate</i> .....	27	<i>oxycodone hcl</i> .....	53
.....	<i>norethindrone-eth estradiol</i> ....	25	<i>oxycodone hcl er</i> .....	54
<i>mometasone furoate</i> .....	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	25	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	53
.....	<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	25	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>montelukast sodium</i> .....	NORTREL 1/35 (21).....	25	MG/DOSE).....	97
.....	NORTREL 1/35 (28).....	25	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	97
<i>morphine sulfate</i> .....	NORTREL 7/7/7.....	25	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	97
.....	<i>nortriptyline hcl</i> .....	70	<b>P</b>	
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	NORVIR.....	90	<i>paliperidone er</i> .....	84
.....	NOXAFIL.....	72	PANRETIN.....	17
<i>morphine sulfate er</i> .....	NUBEQA.....	74	<i>pantoprazole sodium</i> .....	22
.....	NUDEXTA.....	16	<i>paricalcitol</i> .....	39
MOVANTIK.....	NUPLAZID.....	84	<i>paroxetine hcl</i> .....	69
<i>moxifloxacin hcl</i> .....				
.....				
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i> .....				
.....				
MULTAQ.....				
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i> .....				
.....				
<i>mupirocin</i> .....				
.....				
<i>mupirocin calcium</i> .....				
.....				
<i>mycophenolate mofetil</i> .....				
.....				
<i>mycophenolate sodium</i> .....				
.....				
MYRBETRIQ.....				
<b>N</b>				
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> ....				
.....				
<i>nabumetone</i> .....				
.....				
<i>nadolol</i> .....				
.....				
<i>nafcillin sodium</i> .....				
.....				
<i>naloxone hcl</i> .....				
.....				
<i>naltrexone hcl</i> .....				
.....				
<i>naproxen</i> .....				
.....				
<i>naproxen sodium</i> .....				
.....				
<i>naratriptan hcl</i> .....				
.....				
NATACYN.....				
.....				
<i>nateglinide</i> .....				
.....				

<i>paroxetine hcl er</i> .....	68, 69	<i>posaconazole</i> .....	72	PULMOZYME.....	48
PAXLOVID (150/100).....	87	<i>potassium chloride</i> .....	94	PURIXAN .....	74
PAXLOVID (300/100).....	87	<i>potassium chloride crys er</i> ....	93	<i>pyrazinamide</i> .....	71
PEDIARIX .....	37	<i>potassium chloride er</i> .....	94	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	1
PEDVAX HIB.....	37	<i>potassium chloride in nacl</i> ....	94	<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	1
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	21	<i>potassium citrate er</i> .....	94	<i>pyrimethamine</i> .....	82
<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	21	<i>potassium cl in dextrose 5%</i> ...94		<b>Q</b>	
PEGASYS .....	33	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ...3		QINLOCK .....	79
PEMAZYRE .....	79	<i>pravastatin sodium</i> .....	9	QUADRACEL .....	38
PENBRAYA .....	37	<i>prazosin hcl</i> .....	11	<i>quetiapine fumarate</i> .....	84
<i>penicillamine</i> .....	23	<i>prednisolone</i> .....	28	<i>quetiapine fumarate er</i> .....	84
<i>penicillin g potassium</i> .....	60	<i>prednisolone acetate</i> .....	43	<i>quinapril hcl</i> .....	12
<i>penicillin g sodium</i> .....	60	<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>quinidine sulfate</i> .....	10
<i>penicillin v potassium</i> .....	60	.....	28, 29, 43	<i>quinine sulfate</i> .....	82
PENTACEL .....	37	<i>prednisone</i> .....	29	<b>R</b>	
<i>pentamidine isethionate</i> .....	82	PREDNISONE INTENSOL...29		RABAVERT.....	38
<i>pentoxifylline er</i> .....	8	<i>preferred plus insulin syringe</i>		<i>raloxifene hcl</i> .....	39
<i>perindopril erbumine</i> .....	12	.....	100	<i>ramelteon</i> .....	44
PERIOGARD .....	16	<i>pregabalin</i> .....	15	<i>ramipril</i> .....	12
<i>permethrin</i> .....	20	PREHEVBRIO.....	38	<i>ranolazine er</i> .....	8
<i>perphenazine</i> .....	86	PREMARIN .....	27	<i>rasagiline mesylate</i> .....	3
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ....	67	<i>prenatal</i> .....	92	RAVICTI.....	45
PERSERIS.....	84	PREVALITE .....	9	RECLIPSEN.....	25
<i>phenelzine sulfate</i> .....	67	PREVYMIS.....	87	RECOMBIVAX HB.....	38
<i>phenobarbital</i> .....	66	PREZCOBIX.....	90	RECTIV .....	13
<i>phenytoin</i> .....	64	PREZISTA .....	90	REGRANEX .....	17
<i>phenytoin sodium extended</i> ....	64	PRIFTIN.....	71	RELENZA DISKHALER .....	87
PIFELTRO .....	91	<i>primaquine phosphate</i> .....	82	RELI-ON INSULIN SYRINGE	
<i>pilocarpine hcl</i> .....	16, 41	<i>primidone</i> .....	66	.....	100
<i>pimecrolimus</i> .....	19	PRIORIX.....	38	<i>repaglinide</i> .....	98
<i>pimozide</i> .....	86	PROAIR RESPICLICK .....	51	REPATHA.....	9
<i>pindolol</i> .....	6	<i>probenecid</i> .....	47	REPATHA PUSHTRONEX	
<i>pioglitazone hcl</i> .....	97	<i>prochlorperazine</i> .....	70	SYSTEM .....	9
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> ..	97	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	70	REPATHA SURECLICK .....	10
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>		PROCTO-MED HC .....	19	RETACRIT.....	96
.....	98	PROCTOSOL HC .....	20	RETEVMO.....	79
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>		PROCTOZONE-HC.....	20	REVLIMID.....	73
.....	60, 61	<i>progesterone</i> .....	28	REXULTI.....	85
PIQRAY (200 MG DAILY		PROGRAF.....	36	REYATAZ .....	90
DOSE) .....	79	PROLASTIN-C .....	45	REZLIDHIA.....	80
PIQRAY (250 MG DAILY		PROLIA.....	39	REZUROCK.....	36
DOSE) .....	79	PROMACTA.....	96	RHOPRESSA .....	41
PIQRAY (300 MG DAILY		<i>promethazine hcl</i> .....	70	<i>ribavirin</i> .....	91, 92
DOSE) .....	79	PROMETHEGAN.....	70	<i>rifabutin</i> .....	71
<i>pirfenidone</i> .....	47	<i>propafenone hcl</i> .....	10	<i>rifampin</i> .....	71
<i>piroxicam</i> .....	55	<i>propranolol hcl</i> .....	2, 6	<i>riluzole</i> .....	16
PLASMA-LYTE A .....	93	<i>propranolol hcl er</i> .....	2, 6	<i>rimantadine hcl</i> .....	87
<i>podofilox</i> .....	17	<i>propylthiouracil</i> .....	31	RINVOQ.....	32
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	41	PROQUAD.....	38	<i>risedronate sodium</i> .....	39, 40
POMALYST .....	73	<i>protriptyline hcl</i> .....	70	RISPERDAL CONSTA .....	85

<i>risperidone</i> .....	85	<i>sodium oxybate</i> .....	44	TAFINLAR .....	80
<i>ritonavir</i> .....	90	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	93	TAGRISO.....	80
<i>rivastigmine</i> .....	13	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i> .....	92	TALZENNA.....	80
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	13	SOHONOS .....	45	<i>tamoxifen citrate</i> .....	74
RIVFLOZA .....	23	SOLIQUA .....	100	<i>tamsulosin hcl</i> .....	23
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	1	SOLTAMOX.....	74	TASIGNA.....	80
ROCKLATAN .....	41	SOMAVERT .....	31	<i>tazarotene</i> .....	17
<i>roflumilast</i> .....	51	<i>sorafenib tosylate</i> .....	80	TAZORAC .....	17
<i>ropinirole hcl</i> .....	3	<i>sotalol hcl</i> .....	11	TAZTIA XT .....	5
<i>ropinirole hcl er</i> .....	3	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	11	TAZVERIK .....	80
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	9	SPIRIVA RESPIMAT.....	50	TDVAX .....	38
ROTARIX .....	38	<i>spironolactone</i> .....	11	TEFLARO .....	59
ROTATEQ .....	38	<i>spironolactone-hctz</i> .....	8	<i>telmisartan</i> .....	10
ROZLYTREK .....	80	SPRINTEC 28 .....	25	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	8
RUBRACA.....	80	SPRITAM.....	66	<i>telmisartan-hctz</i> .....	8
<i>rufinamide</i> .....	64	SPRYCEL .....	80	<i>temazepam</i> .....	44
RUKOBIA.....	91	SPS .....	93	TENIVAC.....	38
RYBELSUS .....	98	SRONYX.....	26	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .	88
RYDAPT .....	80	SSD.....	17	TEPMETKO.....	80
RYTARY .....	3	STELARA.....	32	<i>terazosin hcl</i> .....	11
<b>S</b>		STIOLTO RESPIMAT.....	48	<i>terbinafine hcl</i> .....	72
SANDIMMUNE .....	36	STIVARGA.....	80	<i>terbutaline sulfate</i> .....	51
SANTYL .....	17	<i>streptomycin sulfate</i> .....	57	<i>terconazole</i> .....	72, 73
<i>sapropterin dihydrochloride</i> ..	45	STRIBILD .....	89	<i>teriparatide (recombinant)</i> ....	40
SAVELLA.....	15	<i>sucralfate</i> .....	22	<i>testosterone</i> .....	26
SAVELLA TITRATION PACK		<i>sulfacetamide sodium</i> .....	42	<i>testosterone cypionate</i> .....	26
.....	15	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	62	<i>testosterone enanthate</i> .....	26
SCEMBLIX.....	80	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ....	41	<i>tetrabenazine</i> .....	16
<i>scopolamine</i> .....	70	<i>sulfadiazine</i> .....	62	<i>tetracycline hcl</i> .....	63
SECUADO .....	85	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		THALOMID.....	73
<i>selegiline hcl</i> .....	3	.....	62	<i>theophylline</i> .....	51
<i>selenium sulfide</i> .....	20	<i>sulfasalazine</i> .....	43	<i>theophylline er</i> .....	51
SELZENTRY .....	91	<i>sulindac</i> .....	55	<i>thioridazine hcl</i> .....	86
SEREVENT DISKUS .....	51	<i>sumatriptan succinate</i> .....	1	<i>thiothixene</i> .....	86
<i>sertraline hcl</i> .....	69	<i>sunitinib malate</i> .....	80	TIADYLT ER.....	5
<i>sevelamer carbonate</i> .....	93	SUNLENCA.....	91	<i>tiagabine hcl</i> .....	63
SHAROBEL.....	28	SUTAB.....	21	TIBSOVO.....	80
SHINGRIX.....	38	SYMLINPEN 120 .....	98	TICOVAC .....	38
SIGNIFOR .....	30	SYMLINPEN 60 .....	98	<i>tigecycline</i> .....	58
<i>sildenafil citrate</i> .....	49	SYMPAZAN .....	63	TILIA FE .....	26
<i>silodosin</i> .....	23	SYMTUZA.....	89	<i>timolol maleate</i> .....	6, 40
<i>silver sulfadiazine</i> .....	17	SYNAREL.....	31	<i>tinidazole</i> .....	58
SIMBRINZA .....	41	SYNJARDY .....	98	<i>tiotropium bromide</i>	
<i>simvastatin</i> .....	9	SYNJARDY XR.....	98	<i>monohydrate</i> .....	50
<i>sirolimus</i> .....	36	SYNTHROID .....	29	TIVICAY .....	89
SIRTURO.....	71	<b>T</b>		TIVICAY PD.....	89
SKYRIZI .....	32	TABLOID .....	74	<i>tizanidine hcl</i> .....	1
SKYRIZI PEN.....	32	TABRECTA.....	80	TOBI PODHALER .....	48
<i>sodium chloride</i> .....	94	<i>tacrolimus</i> .....	20, 36	<i>tobramycin</i> .....	42, 48
<i>sodium fluoride</i> .....	94	<i>tadalafil</i> .....	23	<i>tobramycin sulfate</i> .....	57

<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	41	<i>trospium chloride er</i> .....	24	<i>vilazodone hcl</i> .....	69
<i>tolterodine tartrate</i> .....	24	TRULICITY.....	98	VIRACEPT.....	90
<i>tolterodine tartrate er</i> .....	24	TRUMENBA.....	38	VIREAD.....	88
<i>topiramate</i> .....	2	TRUQAP.....	80	VITRAKVI.....	81
<i>topiramate er</i> .....	2	TUKYSA.....	80	VIZIMPRO.....	81
<i>toremifene citrate</i> .....	74	TURALIO.....	80	VONJO.....	81
<i>toremide</i> .....	11	TWINRIX.....	38	<i>voriconazole</i> .....	73
TOUJEO MAX SOLOSTAR		TYBOST.....	91	VOSEVI.....	92
.....	101	TYMLOS.....	40	VOTRIENT.....	81
TOUJEO SOLOSTAR.....	101	TYPHIM VI.....	38	VRAYLAR.....	85
TPN ELECTROLYTES.....	92	<b>U</b>		VYFEMLA.....	26
TRADJENTA.....	98	UBRELVY.....	2	<b>W</b>	
<i>tramadol hcl</i> .....	53	UNITHROID.....	29	<i>warfarin sodium</i> .....	95
<i>tramadol hcl (er biphasic)</i> .....	54	<i>ursodiol</i> .....	21	WELIREG.....	75
<i>tramadol hcl er</i> .....	54	<b>V</b>		WIXELA INHUB.....	48
<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	53	<i>valacyclovir hcl</i> .....	87, 88	<b>X</b>	
<i>trandolapril</i> .....	12	VALCHLOR.....	73	XALKORI.....	81
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> ...	8	<i>valganciclovir hcl</i> .....	87	XARELTO.....	95
<i>tranexamic acid</i> .....	96	<i>valproic acid</i> .....	66	XARELTO STARTER PACK	
<i>tranylcypramine sulfate</i> .....	67	<i>valsartan</i> .....	10	.....	95
TRAVASOL.....	92	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .	8	XATMEP.....	75
<i>travoprost (bak free)</i> .....	42	VALTOCO 10 MG DOSE.....	63	XCOPRI.....	66
<i>trazodone hcl</i> .....	69	VALTOCO 15 MG DOSE.....	63	XCOPRI (250 MG DAILY	
TRECTOR.....	71	VALTOCO 20 MG DOSE.....	63	DOSE).....	66
TRELEGY ELLIPTA.....	48	VALTOCO 5 MG DOSE.....	63	XCOPRI (350 MG DAILY	
TRELSTAR MIXJECT.....	31	<i>vancomycin hcl</i> .....	58	DOSE).....	66
<i>tretinoin</i> .....	17, 82	VANDAZOLE.....	58	XDEMVI.....	42
<i>triamcinolone acetonide</i> ...	16, 20	VANFLYTA.....	81	XELJANZ.....	32
<i>triamterene-hctz</i> .....	8	VAQTA.....	39	XELJANZ XR.....	33
<i>trientine hcl</i> .....	93	<i>varenicline tartrate</i> .....	46	XERMELO.....	21
TRI-ESTARYLLA.....	26	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	46	XGEVA.....	40
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	86	VARIVAX.....	39	XIFAXAN.....	58
<i>trifluridine</i> .....	87	VASCEPA.....	10	XIGDUO XR.....	98
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	3	VEMLIDY.....	91	XIIDRA.....	43
TRIJARDY XR.....	98	VENCLEXTA.....	81	XOFLUZA (40 MG DOSE)...	87
TRIKAFTA.....	48	VENCLEXTA STARTING		XOFLUZA (80 MG DOSE)...	87
TRI-LEGEST FE.....	26	PACK.....	81	XOLAIR.....	33
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	70	<i>venlafaxine besylate er</i> .....	69	XOSPATA.....	81
<i>trimethoprim</i> .....	58	<i>venlafaxine hcl</i> .....	69	XPOVIO (100 MG ONCE	
TRI-MILI.....	26	<i>venlafaxine hcl er</i> .....	69	WEEKLY).....	75
<i>trimipramine maleate</i> .....	70	<i>verapamil hcl</i> .....	5	XPOVIO (40 MG ONCE	
TRINTELLIX.....	69	<i>verapamil hcl er</i> .....	5	WEEKLY).....	75
TRI-NYMYO.....	26	VERQUVO.....	8	XPOVIO (40 MG TWICE	
TRI-SPRINTEC.....	26	VERSACLOZ.....	86	WEEKLY).....	75
TRIUMEQ.....	91	VERZENIO.....	81	XPOVIO (60 MG ONCE	
TRIUMEQ PD.....	91	VESTURA.....	26	WEEKLY).....	75
TRIVORA (28).....	26	<i>vigabatrin</i> .....	63, 64	XPOVIO (60 MG TWICE	
TRIZIVIR.....	88	VIGADRONE.....	64	WEEKLY).....	75
TROPHAMINE.....	92	VIGPODER.....	64	XPOVIO (80 MG ONCE	
<i>trospium chloride</i> .....	24	VIJOICE.....	45	WEEKLY).....	75

XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	75	ZEJULA .....	81	ZOKINVY .....	45
XTANDI.....	74	ZELBORAF .....	81	ZOLINZA.....	75
<b>Y</b>		ZEMDRI.....	57	<i>zolpidem tartrate</i> .....	44
YF-VAX.....	39	ZENATANE.....	17	ZONISADE .....	65
YONSA .....	74	ZENPEP .....	45	<i>zonisamide</i> .....	65
YUVAFEM .....	27	<i>zidovudine</i> .....	89	ZOVIA 1/35 (28).....	26
<b>Z</b>		ZIEXTENZO.....	96	ZTALMY .....	66
<i>zafirlukast</i> .....	50	ZILBRYSQ .....	33	ZURZUVAE.....	67
<i>zaleplon</i> .....	44	ZIMHI .....	46	ZYDELIG.....	81
ZARXIO.....	96	<i>ziprasidone hcl</i> .....	85	ZYKADIA .....	81
		<i>ziprasidone mesylate</i> .....	85		

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

Este formulario se actualizó en 04/18/2024. Para información más reciente u otras preguntas, por favor comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com).

# Salud Completa

# **MCS** Classicare

(HMO)



**1.866.627.8183**  
(libre de costo)



**1.866.627.8182**  
TTY (audioimpedidos)



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