

**Formulario de Care N' Care Health Plan (PPO) y
Care N' Care Health Plan (HMO)
de 2020
(Lista de medicamentos cubiertos)**

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Identificación de formulario 00020202, Versión 7.

Este formulario fue actualizado el 12/13/2019. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, con el conserje de atención médica de Care N' Care Health Plan, al 1-877-374-7993 o, para los usuarios de TTY, al 711, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete (7) días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o visite www.cnchealthplan.com.

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

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Care N’ Care Insurance Company, Inc. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan,” hace referencia a Care N’ Care Health Plan (PPO) y Care N’ Care Health Plan (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 12/13/2019. Para obtener un formulario actualizado, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2021 y ocasionalmente durante el año.

¿En qué consiste el formulario de Care N’ Care Health Plan?

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

¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1.º de enero, pero Care N’ Care puede añadir o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.

Cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que puedan afectar a los miembros que tomen un medicamento actualmente. Por ejemplo, podemos añadir un nuevo medicamento genérico para reemplazar a un medicamento de marca que aparece actualmente en el formulario o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o cambiarlo a otro nivel de costo compartido. O bien, podemos hacer cambios según las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamientos escalonados en relación con un medicamento, o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificar sobre el cambio a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección que se denomina “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Care N’ Care Health Plan?”.

Los cambios no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario de 2020 que se cubría al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos su cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2020, excepto en los casos que se describieron anteriormente. Esto quiere decir que estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura.

El formulario adjunto está vigente a partir del 12/13/2019. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Care N' Care Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Si el plan realiza algún cambio negativo en el formulario que no sea de mantenimiento, los miembros afectados recibirán un aviso por escrito que explique el cambio y se actualizará el formulario que aparece en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza 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 qué categoría debe consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 96. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Care N' Care Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) cuando se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** el plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Care N' Care Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Care N' Care Health Plan provee 30 comprimidos por receta de Januvia, comprimidos de 100 mg. Esto puede ser un suministro adicional al suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Care N' Care Health Plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestra autorización previa y las restricciones de tratamientos escalonados. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede solicitarle a Care N' Care Health Plan que realice una excepción para estas restricciones o estos límites o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Care N' Care Health Plan?” en la página IV.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con su conserje de atención médica y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Care N' Care Health Plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle a su conserje de atención médica una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por el plan. Cuando reciba la lista, muéstrele a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Care N' Care Health Plan.
- Puede solicitarnos que realicemos una excepción y cubramos el medicamento. Consulte más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Care N' Care Health Plan?

Puede solicitarle a Care N' Care Health Plan que realice una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

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

Por lo general, Care N' Care Health Plan solo aprobará su pedido de excepción si los demás medicamentos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su enfermedad o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

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

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

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

- **Transición de emergencia y cambios en el nivel de atención:** es posible que haya un cambio en el entorno de tratamiento a causa del nivel de atención que se necesita. Estas transiciones incluyen las siguientes:
 - Si recibe el alta del hospital o un centro de enfermería especializada y se traslada a un ámbito domiciliario.
 - Si ingresa a un hospital o centro de atención de enfermería especializada desde un ámbito domiciliario.
 - Si se traslada desde un centro de enfermería especializada a otro y este nuevo centro recibe los suministros de una farmacia diferente.
 - Si finaliza su estadía de la Parte A de Medicare en un centro de atención de enfermería especializada (en donde los pagos incluyen todos los gastos de farmacia) y ahora necesita utilizar los beneficios de su plan de la Parte D.
 - Si abandona el estado de hospicio y vuelve a la cobertura de la Parte A y B de Medicare.

Si se encuentra fuera del período de transición y experimenta un cambio en el nivel de atención, Care N' Care Health Plan le permitirá obtener un resurtido de los medicamentos del formulario durante 30/31 días (30 días en una farmacia minorista y 31 días en un entorno de atención a largo plazo [LTC]) y surtido de transición durante 30/31 días de emergencia (30 días en una farmacia minorista y 31 días en un entorno de LTC) para los medicamentos no incluidos en el formulario (incluidos los medicamentos de la Parte D que no se encuentran en el formulario del plan pero que requieren autorización previa, excepción para el tratamiento escalonado o excepción en el límite de cantidad). Esto ocurrirá según cada caso particular una vez que se haya presentado una excepción o apelación pero no se haya completado al finalizar el período de transición. Todos los surtidos de transición para los nuevos miembros, ya sean en farmacias minoristas o en entornos de LTC, se tramitarán de manera automática. Si

solicita un surtido fuera de los primeros 90 días con Care N' Care Health Plan, usted o su farmacéutico deberá comunicarse con nosotros al 1-855-791-5302, los 7 días de la semana, 24 horas al día (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) así le implementamos nuestra política de transición. Si se inscribe en nuestro plan mientras vive en su hogar y luego se convierte en residente de un centro de LTC, comuníquese con nosotros al 1-855-791-5302, los 7 días de la semana, 24 horas al día (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para informarnos que ahora es residente de un centro de LTC. Podemos implementar una política de transición de LTC para usted. Esta política no aplica a licencias de corto plazo (es decir, feriados o vacaciones) de un LTC o un centro hospitalario.

Le enviaremos un aviso por escrito a través del correo de primera clase de EE. UU. dentro de los tres días hábiles a partir del momento en el que recibimos la transacción del surtido de transición de la farmacia. Esta incluirá una explicación del carácter temporal del surtido con receta, las instrucciones para identificar una alternativa terapéutica adecuada que se encuentre en nuestro formulario, una explicación de su derecho a solicitar una excepción al formulario y el procedimiento para solicitar la excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Care N' Care Health Plan, consulte la Evidencia de cobertura y la demás documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Care N' Care Health Plan, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Care N' Care Health Plan

El formulario que se incluye a continuación brinda información sobre los medicamentos que cubre Care N' Care Health Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que comienza en la página 96.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (p. ej., JANUVIA) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (p. ej., *atorvastatin*).

La información incluida en la columna de Requisitos/Limitaciones indica si Care N' Care Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura su medicamento.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En la segunda columna de esta tabla, se indica el nivel de cada medicamento.

- **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** (este es el nivel de costo más bajo): incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2: medicamentos genéricos:** incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca a un costo muy bajo.
- **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos en los Niveles 4 y 5. También incluye algunos medicamentos genéricos de alto costo que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en los Niveles 1 y 2.
- **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 3.
- **Nivel 5: medicamentos especializados:** (este es el nivel de costo más alto): incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto del copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo variará de acuerdo con el medicamento y el lugar donde surta su receta. A continuación, presentamos un resumen del monto del copago según el nivel del medicamento.

	Minorista estándar dentro de la red o pedido por correo (suministro para 30 días como máximo)	Minorista estándar dentro de la red o pedido por correo (suministro para 90 días como máximo)
Care N' Care Choice Premium (PPO)		
• Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$80
• Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$85	Copago de \$170
• Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Care N' Care Choice Plus (PPO)		
• Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$2	Copago de \$4
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$45	Copago de \$90
• Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$90	Copago de \$180
• Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Care N' Care Choice (PPO)		
• Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$5	Copago de \$10
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$15	Copago de \$30
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$94
• Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200
• Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
Care N' Care Classic (HMO)		
• Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
• Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20
• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$80
• Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$95	Copago de \$190
• Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Para obtener información adicional sobre los beneficios de los medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

Leyenda

1: Nivel 1 - Medicamentos genericos preferidos

2: Nivel 2 - Medicamentos genericos

3: Nivel 3 - Medicamentos demarca preferidos

4: Nivel 4 - Medicamentos no preferidos

5: Nivel 5 - Medicamentos de especialidad

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

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

LA: Acceso limitado. El Acceso limitado al medicamento recetado puede estar disponible unicamente en ciertas farmacias.

NMO: Pedido por correo no es elegible.

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

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

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

Care N' Care Health Plan (Lista de Medicamentos Cubiertos)

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS		
MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	GC
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	2	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	4	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	GC
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	2	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>	3	NMO
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	2	NMO
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NMO
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	5	PA; NMO
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	5	LA; NMO; QL (60 ML per 30 days)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	4	
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	3	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	3	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG	5	NMO
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	GC
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	GC
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	4	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	1	GC
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	1	GC
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	2	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	GC
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	4	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	3	
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	1	GC
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	GC
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
AGENTES CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	2	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	4	QL (450 ML per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	1	GC
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	1	GC
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	1	GC
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	1	GC
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	GC
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	3	
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	2	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
<i>eprosartan mesylate oral tablet 600 mg</i>	1	GC
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	1	GC
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	2	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	1	GC
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	4	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
COMBINACIONES CONTRA LA HIPERTENSIÓN		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	2	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	GC
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	2	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	1	GC
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	4	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	GC
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	GC
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	GC
DISLIPIDEMIAS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	GC
DISLIPIDEMIAS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	2	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	2	
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	GC
DISLIPIDEMIAS, OTROS		
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	2	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	2	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	3	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	3	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	2	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	2	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	2	NMO
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	2	
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	4	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	4	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	4	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	4	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	4	
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	1	NMO; GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
DIURÉTICOS, INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
DIURÉTICOS, TIAZIDA		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML	4	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
VASODILATADORES, ACCIÓN DIRECTA ARTERIAL/VENOSA		
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	2	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	GC
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	GC
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	4	
VASODILATADORES, ACCIÓN DIRECTA ARTERIAL		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	3	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
AGENTES CONTRA LA BIPOLARIDAD		
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	GC
AGENTES CONTRA LA DEMENCIA		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	2	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	2	
RECEPTOR ANTAGONISTA N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	3	
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	2	NMO
NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 & 28 MG	3	NMO
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	3	NMO
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	
AGENTES CONTRA LA GOTA		
AGENTES CONTRA LA GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	2	NMO
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	NMO
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	2	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	3	ST

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	ST
AGENTES CONTRA LA MIGRAÑA		
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA (5-HT) 1B/1D		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	4	NMO
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	4	NMO
<i>frovatriptan succinate oral tablet 2.5 mg</i>	2	NMO
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	NMO
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	2	NMO
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet 85-500 mg</i>	4	NMO
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO
ALCALOIDES DEL CORNEZUELO DE CENTENO		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	4	NMO
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG	3	NMO
TRATAMIENTO PROFILÁCTICO		
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO		
BENZODIAZEPINAS		
<i>flurazepam hcl oral capsule 15 mg</i>	2	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule 30 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	3	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	3	NMO; QL (60 EA per 30 days)
MODULADORES DEL RECEPTOR GABA		
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	4	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
TRASTORNO DEL SUEÑO, OTROS		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	3	PA
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	4	NMO
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG	3	NMO
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5	PA; LA; NMO; QL (540 ML per 30 days)
AGENTES DENTALES Y BUCALES		
AGENTES DENTALES Y BUCALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	3	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	NMO; GC
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>	1	NMO; GC
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	NMO; GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	2	NMO
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	4	NMO
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>	5	NMO
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	4	NMO
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	4	NMO
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	4	NMO
<i>adapalene external solution 0.1 %</i>	4	NMO
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	4	NMO
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	4	NMO
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	NMO; GC
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	NMO; GC
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	NMO
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	4	NMO
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone valerate external foam 0.12 %</i>	4	NMO
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	2	NMO
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	4	NMO
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	4	NMO
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	4	NMO
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment 0.005-0.064 %</i>	4	NMO
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	2	NMO
CAPEX EXTERNAL SHAMPOO 0.01 %	4	NMO
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	2	NMO
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	NMO
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-5 %</i>	4	NMO
<i>clindamycin phosphate external foam 1 %</i>	4	NMO
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	2	NMO
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external foam 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external liquid 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	4	NMO
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 %	4	NMO
CORTISPORIN EXTERNAL CREAM 3.5-10000-0.5	3	NMO
CORTISPORIN EXTERNAL OINTMENT 1 %	3	NMO
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NMO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NMO
DENAVIR EXTERNAL CREAM 1 %	4	NMO
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	2	NMO
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	2	NMO
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	2	NMO
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	2	NMO
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %</i>	2	NMO
<i>diclofenac sodium transdermal gel 3 %</i>	4	PA; NMO
<i>diclofenac sodium transdermal solution 1.5 %</i>	4	NMO
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	4	NMO
<i>diflorasone diacetate external ointment 0.05 %</i>	4	NMO
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	NMO
<i>ery external pad 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	NMO; GC
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %	4	NMO
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %	4	NMO
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	2	NMO
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	2	NMO
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	4	NMO
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	4	NMO
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	3	NMO
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	2	NMO
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	NMO; GC
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	2	NMO
<i>halcinonide external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	NMO
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
HALOG EXTERNAL CREAM 0.1 %	4	NMO
HALOG EXTERNAL OINTMENT 0.1 %	4	NMO
<i>hydrocortisone ace-pramoxine rectal cream 1-1 %</i>	2	NMO
<i>hydrocortisone butyrate external lotion 0.1 %</i>	3	NMO
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	3	NMO
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	2	NMO
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	4	NMO
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	3	NMO
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	3	NMO
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	3	NMO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	NMO
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	4	NMO
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	2	NMO
<i>ketoconazole external foam 2 %</i>	4	NMO
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	2	NMO
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	2	NMO
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	2	NMO
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	2	NMO
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	NMO; GC
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	NMO; GC
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	NMO; GC
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	4	NMO
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>naftifine hcl external cream 1 %, 2 %</i>	4	NMO
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	NMO; GC
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	NMO
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	NMO
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	NMO; GC
<i>oxiconazole nitrate external cream 1 %</i>	4	NMO
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	NMO
<i>permethrin external cream 5 %</i>	3	NMO
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %, 0.05 %	4	NMO
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	4	NMO
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	2	NMO
<i>prednicarbate external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	4	NMO
PROCTO-MED HC RECTAL CREAM 2.5 %	2	NMO
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %	2	NMO
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %	2	NMO
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	4	NMO
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	5	NMO
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	NMO
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
SKLICE EXTERNAL LOTION 0.5 %	4	NMO
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM 1 %	4	NMO
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	1	NMO; GC
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	2	NMO
SULFAMYLLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	4	NMO
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION 0.005-0.064 %	4	NMO
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	NMO
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	5	NMO
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	4	NMO
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	4	NMO
TAZORAC EXTERNAL GEL 0.05 %, 0.1 %	4	NMO
TOLAK EXTERNAL CREAM 4 %	4	NMO
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	3	NMO
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	4	NMO
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	4	NMO
<i>triamcinolone acetanide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>triamcinolone acetanide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	NMO
<i>triamcinolone acetanide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	NMO; GC
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACT	4	NMO
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	NMO
AGENTES GASTROINTESTINALES		
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	3	NMO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	NMO; GC
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	NMO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	NMO; GC
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
MOVANTI ^K ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	NMO
PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG	4	NMO
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	5	NMO
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	3	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA 2 (H2)		
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml	2	
cimetidine oral tablet 200 mg	2	NMO
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg	2	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	GC
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	1	GC
ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
ranitidine hcl oral syrup 75 mg/5ml	2	
ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg	1	GC
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5ML	4	
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	1	NMO; GC
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	1	NMO; GC
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	1	NMO; GC
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	2	NMO
methscopolamine bromide oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	NMO
ENZIMAS DIGESTIVAS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT	3	
ursodiol oral capsule 300 mg	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000- 79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	3	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	2	
LAXANTES		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG- GM -GM/160ML	4	NMO
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	NMO; GC
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	1	NMO; GC
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	1	NMO; GC
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM	1	NMO; GC
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	1	NMO; GC
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	NMO; GC
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	4	NMO
TRILYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	1	NMO; GC
PROTECTORES		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 1 GM/10ML	3	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	GC
AGENTES GENITOURINARIOS		
AGENTES GENITOURINARIOS, OTROS		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	3	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	NMO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	2	NMO
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	NMO; GC
AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	GC
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	4	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	2	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	4	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	GC
AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(Fe)	3	PA
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	5	NMO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	4	
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	1	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	2	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	2	
PRODUCTOS VAGINALES		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG	4	NMO
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	2	NMO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	2	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG	4	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24HR	4	
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	4	PA
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	2	NMO
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	NMO; GC
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	3	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	NMO
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	NMO
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (ADRENALES)		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
GLUCOCORTICOIDES/MINERALO CORTICOIDES		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	4	NMO
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	4	NMO
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>	3	NMO
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	1	NMO; GC
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	NMO; GC
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	GC
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	NMO; GC
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	2	NMO
MILLIPRED ORAL TABLET 5 MG	4	NMO
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	2	NMO
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	4	NMO
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	1	NMO; GC
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	NMO; GC
TAPERDEX 12-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK 1.5 MG (49)	4	NMO
TAPERDEX 6-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK 1.5 MG (21)	4	NMO
TAPERDEX 7-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK 1.5 MG (27)	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
AGENTES DE MODIFICACION DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO SELECTIVO		
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	4	PA
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	2	
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR	3	PA
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	NMO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	2	NMO
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	3	PA
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	3	PA
ANTICONCEPTIVOS		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	GC
AMETHIA LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	2	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	1	GC
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	1	GC
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	1	GC
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	GC
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	GC
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	2	
CAZIAN ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG	1	GC
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	1	GC
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	GC
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	GC
CYRED ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	GC
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg</i>	4	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	GC
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	GC
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	GC
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	GC
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	1	GC
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	2	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	1	GC
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	GC
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	1	GC
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	1	GC
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	1	GC
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	1	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1	GC
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG / 10 MCG	2	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	1	GC
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	GC
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	NMO; GC
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	GC
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	1	GC
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	GC
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	GC
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.8-25 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i> <i>0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	GC
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	1	GC
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	GC
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	GC
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	GC
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	3	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	GC
OGESTREL ORAL TABLET 0.5-50 MG-MCG	1	GC
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	1	GC
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	GC
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	GC
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	1	GC
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	1	GC
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	GC
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	GC
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	GC
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	GC
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG- 35 MCG	1	GC
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	GC
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	GC
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	1	GC
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	GC
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	4	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	1	GC
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	1	GC
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	3	
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	GC
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG- MCG	1	GC
ESTEROIDES ANABÓLICOS		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	5	NMO
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	5	PA; NMO
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	4	PA; NMO
ESTRÓGENOS		
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY	4	
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.05-0.14 MG/DAY, 0.05- 0.25 MG/DAY	4	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1 MG/GM	4	
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	4	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	NMO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	2	
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY	4	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG	2	
FYAVOLV ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	4	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	2	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	4	
PREFEST ORAL TABLET 1/1-0.09 MG (15/15)	4	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	4	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	2	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA; LA; NMO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	5	PA; NMO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	5	PA; NMO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA; NMO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	GC
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	GC
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	GC
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 50 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML	3	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	GC
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	NMO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5	PA; NMO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; NMO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	NMO; QL (60 ML per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	5	PA; NMO
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; LA; NMO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	5	NMO
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
AGENTES ANTITIROIDES		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	GC
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES INMUNIZADORES, PASIVOS		
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	5	BD; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML	5	BD; NMO
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	5	BD; NMO
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	BD; NMO
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	5	BD; NMO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	BD; NMO
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML	4	NMO
INMUNOMODULADORES		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5	PA; NMO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA; NMO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA; NMO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NMO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG	5	PA; NMO
SUPRESORES INMUNOLÓGICOS		
AZASAN ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	3	BD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	BD; GC
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	NMO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	NMO
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	BD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	2	BD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	BD
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	5	PA; NMO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	5	PA; NMO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA; NMO
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	4	BD
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	2	BD
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	2	BD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 40 MG/0.8ML (6 PACK), 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NMO
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN- INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NMO
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; NMO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	BD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	5	BD; NMO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	BD
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	2	BD
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	BD
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	3	BD
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	BD; NMO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	BD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	5	BD; NMO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	BD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i>	4	BD
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG	4	BD
ZORTRESS ORAL TABLET 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	BD; NMO
VACUNAS		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NMO
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	NMO
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	3	NMO
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	3	NMO
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	NMO
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	3	BD; NMO
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	3	BD; NMO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML	3	NMO
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	NMO
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	3	BD; NMO
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	NMO
IPOL INJECTION INJECTABLE	3	NMO
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	3	NMO
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NMO
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	NMO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	NMO
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	BD; NMO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	BD; NMO
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	NMO
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	NMO
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	3	BD; NMO
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	3	BD; NMO
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	3	BD; NMO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	3	NMO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	3	NMO
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	3	NMO
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	NMO
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES OFTALMOLÓGICOS		
AGENTES OFTALMOLÓGICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	2	NMO
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	4	NMO
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	NMO; GC
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	2	NMO
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	2	NMO
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	4	NMO
AGENTES OFTALMOLÓGICOS CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	3	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	1	GC
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	2	NMO
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	4	NMO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	GC
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	GC
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	GC
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %	4	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	4	NMO
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	4	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)</i>	1	GC
AGENTES OFTALMOLÓGICOS, OTROS		
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.002 %	5	PA; NMO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	4	
ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA Y LA PROSTAMIDA OFTALMOLÓGICOS		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %	3	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %	4	
ANTIINFECCIOSOS OFTALMOLÓGICOS		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	4	NMO
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	2	NMO
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	NMO
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	4	NMO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	NMO; GC
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	3	NMO
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	NMO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	2	NMO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	2	NMO
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	NMO; GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	NMO; GC
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	2	NMO
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	2	NMO
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION 10-0.2 %	3	NMO
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	4	NMO
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	5	PA; NMO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	NMO; GC
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	NMO; GC
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	NMO
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	4	NMO
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	2	NMO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	NMO; GC
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	3	NMO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	1	NMO; GC
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %	4	NMO
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	4	NMO
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	4	NMO
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	NMO; GC
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	NMO; GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	2	NMO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	2	NMO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	2	NMO
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	NMO; GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	NMO
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	4	NMO
AGENTES ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	NMO; GC
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	3	NMO
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	3	NMO
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	2	NMO
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	2	NMO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	NMO; GC
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	2	NMO
AGENTES PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AGENTES CONTRA LA FIBROMIALGIA		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG	3	QL (120 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	3	NMO
AGENTES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	5	PA; LA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NMO
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	5	PA; NMO
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	5	PA; NMO
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 2 MG	5	PA; NMO
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG	5	PA; NMO
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG	5	PA; NMO
AGENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, ANFETAMINAS		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	4	
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	4	
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG	4	
AGENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, NO ANFETAMINAS		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 15 MG/9HR	4	
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg, 72 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	3	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	3	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	4	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	5	NMO
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO		
AGENTES CONTRA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	5	PA; NMO
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	5	PA; NMO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	NMO
AGENTES NASALES		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	2	NMO
BACTROBAN NASAL NASAL OINTMENT 2 %	3	NMO
BECONASE AQ NASAL SUSPENSION 42 MCG/SPRAY	4	NMO
DYMISTA NASAL SUSPENSION 137-50 MCG/ACT	4	NMO
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	2	NMO
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	NMO; GC
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	1	GC
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	2	NMO
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	4	NMO
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	BD; NMO; GC
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	2	BD
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NMO
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NMO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NMO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NMO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA; NMO
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	5	PA; LA; NMO
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NMO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	5	PA; NMO
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	BD; NMO
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	5	PA; LA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; NMO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5	PA; LA; NMO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR LEUCOTRIENO		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	2	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	5	NMO
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG	5	NMO
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NMO
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; NMO
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	5	PA; NMO
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NMO
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE 32 MG	5	PA; LA; NMO
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; LA; NMO
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	5	PA; LA; NMO
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>carbinoxamine maleate oral solution 4 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1	NMO; GC
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	1	NMO; GC
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	1	NMO; GC
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NMO
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	2	NMO
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	3	
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/INH, 220 MCG/INH	3	
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	3	
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	3	
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	3	BD
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST	3	
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	3	
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	BD; GC
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG	3	GC
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	3	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	BD; GC
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	3	GC
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	4	
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/dose, 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose, 55-14 mcg/act</i>	2	GC
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	BD; GC
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	2	BD
PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	GC
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	GC
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	3	GC
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	3	GC
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	3	GC
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH	3	ST; GC
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	2	GC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE VÍAS RESPIRATORIAS		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	1	GC
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	GC
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
AMINOSALICILATOS		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM	3	
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	2	NMO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	3	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	3	NMO
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	NMO
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	GC
AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
AGENTES HORMONALES, SUPRESOR (PARATIROIDES)		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	3	BD; QL (120 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	5	BD; NMO; QL (150 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	5	BD; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	1	GC
<i>alendronate sodium oral tablet 40 mg</i>	1	NMO; GC
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	2	BD
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	GC
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	4	
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML	5	NMO
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	2	
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	5	PA; NMO
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	4	NMO
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	2	
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	2	NMO
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	2	
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	NMO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	PA; NMO
AGENTES PARA TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
AGENTES DE CESACIÓN DE TABAQUISMO		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	NMO; GC
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	1	GC
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	3	NMO
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	3	NMO
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	4	NMO
ANSIOLÍTICOS/DISUASIVOS DEL ALCOHOL		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	NMO; GC
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5	NMO
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	2	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	NMO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	3	NMO; QL (8 EA per 28 days)
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 7.5 MCG/HR	3	NMO; QL (8 EA per 28 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1	NMO; GC
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	3	NMO
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (5000 ML per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
ASCOMP-CODEINE ORAL CAPSULE 50-325-40-30 MG	4	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	4	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	4	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	4	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	4	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	2	NMO
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>duramorph injection solution 0.5 mg/ml</i>	4	BD; NMO; QL (7200 ML per 30 days)
<i>duramorph injection solution 1 mg/ml</i>	4	BD; NMO; QL (3600 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	2	NMO; QL (5500 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	NMO; QL (150 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	4	NMO; QL (1920 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	3	NMO; QL (600 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (3600 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (2700 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	NMO; QL (360 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	NMO; QL (1080 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	3	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	3	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	3	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-ibuprofen oral tablet 5-400 mg</i>	3	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	NMO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	NMO; GC; QL (360 EA per 30 days)
ANALGÉSICOS OPIOIDES, EFECTO PROLONGADO		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	3	NMO; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	4	NMO; QL (10 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 12 mg, 16 mg, 8 mg</i>	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 32 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (1800 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (3600 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	3	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	4	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	1	NMO; GC
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	2	NMO
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	NMO; GC
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	4	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	NMO; QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	2	NMO; QL (600 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	NMO; QL (240 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	NMO; GC; QL (150 EA per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
ANTIBACTERIALES		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	4	NMO
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	4	PA; NMO
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	NMO
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	4	NMO
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	3	NMO
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	5	NMO
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	5	BD; NMO
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	2	NMO
ANTIBACTERIALES, OTROS		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	NMO; GC
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	4	NMO
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	4	NMO
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	4	BD; NMO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>	4	NMO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	5	NMO
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG/ML, 50 MG/ML	4	NMO
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	5	NMO
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	5	NMO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	2	NMO
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>	2	NMO
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	2	NMO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	2	NMO
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	2	NMO
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	BD; NMO
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	NMO; GC
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	4	NMO
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	4	NMO
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	5	NMO
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	NMO
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	
BETALACTAMASA, CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	3	NMO
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	2	NMO
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	4	NMO
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	NMO
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	NMO
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NMO
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	4	NMO
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg</i>	4	NMO
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	4	NMO
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG	4	NMO
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML	3	NMO
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG	4	NMO
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	4	NMO
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM	4	NMO
BETALACTAMASA, OTROS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM	4	NMO
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	NMO
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5	PA; NMO
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	NMO
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	4	NMO
BETALACTAMASA, PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	3	NMO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	NMO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	NMO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	2	NMO
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	NMO
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	4	NMO
BACTOCILL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 2 GM/50ML	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	4	NMO
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	4	NMO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	3	NMO
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	4	NMO
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	4	NMO
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	4	NMO
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	4	NMO
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3- 0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm</i>	4	NMO
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION 2-0.25 GM/50ML	4	NMO
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	2	NMO
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	2	NMO
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	1	NMO; GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	2	NMO
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NMO
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	3	NMO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	NMO
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	4	NMO
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	4	NMO
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	3	NMO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	2	NMO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	NMO; GC
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	4	NMO
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 500 mg/5ml (10%)</i>	4	NMO
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	4	NMO
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	NMO
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	NMO
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	NMO; GC
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	4	NMO
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	3	NMO
SULFONAMIDAS		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	2	NMO
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	1	NMO; GC
TETRACICLINAS		
demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg	4	NMO
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	4	NMO
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	NMO
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	2	NMO
doxycycline hyclate oral tablet delayed release 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 mg	4	NMO
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	NMO; GC
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml	2	NMO
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg	2	NMO
minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg	4	NMO
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	NMO; GC
minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	NMO
SOLOXIDE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 150 MG	4	NMO
VIBRAMYCIN ORAL SYRUP 50 MG/5ML	4	NMO
ANTICONVULSIVOS		
AGENTES DE LOS CANALES DE SODIO		
APTOM ORAL TABLET 200 MG	4	
APTOM ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	5	NMO
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	5	NMO
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	NMO
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	NMO; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	2	
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	GC
<i>oxcarbazepine oral tablet 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG, 600 MG	4	
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	GC
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
AGENTES MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	3	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	GC
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	GC
LYRICA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (120 EA per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 300 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML	3	QL (900 ML per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 300 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	3	QL (900 ML per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
AGENTES QUE AUMENTAN EL ÁCIDO GAMA-AMINO BUTÍRICO (GABA)		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	GC
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	2	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	2	
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg</i>	4	
<i>tiagabine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	2	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	5	LA; NMO
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	NMO
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	5	NMO
AGENTES REDUCTORES DE GLUTAMATO		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	4	
LAMICTAL XR ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG, 25 & 50 & 100 MG, 50 & 100 & 200 MG	4	NMO
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	3	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	4	NMO
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	NMO
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	NMO
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG	5	NMO
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg</i>	1	GC
ROWEEPRA ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG, 750 MG	1	GC
ROWEEPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG, 750 MG	2	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	GC
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	GC
BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	NMO; QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	NMO; QL (300 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG	4	NMO
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG	4	NMO
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	NMO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	GC
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	1	GC
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	2	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	3	NMO
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	2	
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA/NOREPINEFRINA		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	3	NMO
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	4	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>paroxetine mesylate oral capsule 7.5 mg</i>	4	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	4	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	GC
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTRO		
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	NMO; GC
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	3	NMO
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS	3	NMO
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	2	NMO
COMPLEMENTOS DE TERAPIA EMETOGENICA		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	4	BD; NMO
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	BD; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	2	BD; NMO
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	BD; NMO; GC
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	BD; NMO
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH 3.1 MG/24HR	5	NMO
ANTIFÚNGICOS		
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	5	BD; NMO
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	4	BD; NMO
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	BD; NMO
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	5	BD; NMO
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	4	NMO
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	NMO
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	NMO
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	NMO
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	NMO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	NMO
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	4	NMO
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	4	NMO
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	NMO; GC
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	5	NMO
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG	5	NMO
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	2	NMO
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG	3	NMO
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	4	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	NMO; GC
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	4	NMO
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	5	NMO
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	5	NMO
ANTIMICOBACTERIALES		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	NMO
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	3	NMO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	NMO
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	GC
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
PASER ORAL PACKET 4 GM	4	NMO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NMO
RIFAMATE ORAL CAPSULE 150-300 MG	4	NMO
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	4	NMO
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	NMO
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG	4	NMO
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG	5	NMO
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	NMO
ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	4	BD; NMO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	NMO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	3	NMO
AGENTES ANTIANGIOGÉNICOS		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA; LA; NMO
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; NMO
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	NMO
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	2	BD; NMO
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BD; NMO; GC
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BD; NMO; GC
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	5	NMO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	3	NMO
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	BD; NMO
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	BD; NMO
ANTINEOPLÁSICOS		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	5	PA; LA; NMO
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; NMO
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5	PA; NMO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	NMO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	NMO; GC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; LA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; NMO
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; LA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	NMO; QL (90 EA per 30 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA; LA; NMO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA; NMO
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	3	BD; NMO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	4	NMO
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	3	NMO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	NMO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; LA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	5	NMO; QL (90 EA per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG	5	BD; NMO
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	4	BD; NMO
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	1	NMO; GC
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA; NMO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	NMO; GC
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA; NMO
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	5	PA; NMO
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA; NMO
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	5	BD; NMO
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	5	BD; NMO
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NMO
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; NMO
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; NMO
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5	PA; NMO
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA; NMO; GC
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5	NMO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA; NMO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; LA; NMO
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	3	NMO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NMO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	1	PA; NMO; GC
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA; NMO; GC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	5	PA; NMO
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA; LA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; LA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	5	LA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; NMO
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	LA; NMO
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA; NMO
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5	PA; NMO
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; LA; NMO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	5	PA; NMO
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA; NMO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	4	
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	PA; NMO
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG	5	PA; NMO
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	5	NMO
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA; LA; NMO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; LA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	5	BD; NMO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	NMO
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	5	NMO; QL (150 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	4	PA; LA; NMO
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; NMO
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	3	PA; LA; NMO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; LA; NMO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	5	PA; NMO
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA; NMO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; LA; NMO
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; NMO
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	NMO; QL (240 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG	5	NMO; QL (90 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; NMO
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NMO
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
INHIBIDORES DE AROMATASA, 3.^a GENERACIÓN		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	GC
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	2	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	GC
TRATAMIENTOS ADJUNTOS		
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NMO
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	NMO
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	3	NMO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	NMO
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	4	NMO
ANTIPROTOZOARIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML	4	NMO
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	4	NMO
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	5	NMO
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	NMO
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	NMO
DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG	5	NMO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	4	BD; NMO
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	4	NMO
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>	4	NMO
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	4	NMO
ANTIPSICÓTICOS		
DE PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	2	BD
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	2	NMO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	NMO
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	NMO
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml</i>	2	NMO
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	NMO
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	4	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	2	NMO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
DE SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	NMO
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	NMO
ABILIFY MYCITE ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ABILIFY MYCITE ORAL TABLET 2 MG, 5 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	NMO
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	5	NMO
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	NMO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	5	NMO
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	NMO
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG	4	NMO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	5	NMO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	NMO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.625ML	5	NMO
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA; LA; NMO
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA; LA; NMO
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	4	NMO
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	4	
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	GC
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	NMO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG	4	NMO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG	5	NMO
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	NMO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	NMO
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	4	NMO
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	NMO
ANTIVIRALES		
AGENTES ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	4	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	5	NMO
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	4	NMO
AGENTES ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	3	NMO
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	4	NMO
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	NMO
XOFLUZA ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 20 MG, 2 X 40 MG	3	NMO
AGENTES ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	NMO; GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	NMO; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	BD; NMO; GC
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	2	NMO
AGENTES CONTRA EL VIH, INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	4	QL (480 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	3	QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA EL VIH, INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	2	QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (680 ML per 28 days)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	3	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	2	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG	4	QL (90 EA per 30 days)
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM, 4 GM	4	QL (1200 ML per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	NMO; QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	2	QL (1680 ML per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA EL VIH, OTROS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	3	QL (1800 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG	3	QL (240 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 300 MG	3	QL (120 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC), ACCIÓN DIRECTA		
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	5	PA; NMO
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NMO
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC), OTROS		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG	2	NMO
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	4	NMO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	4	NMO
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS		
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5	NMO; QL (600 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	5	PA; NMO
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML	5	NMO
RIBASPHERE ORAL TABLET 600 MG	5	NMO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES CONTRAL EL VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	NMO; QL (285 ML per 28 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
CRIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	3	QL (450 EA per 30 days)
CRIVAN ORAL CAPSULE 400 MG	3	QL (270 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	3	QL (300 EA per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	3	QL (150 EA per 30 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	QL (1575 ML per 28 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	4	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	QL (360 EA per 30 days)
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	QL (480 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NMO; QL (360 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	NMO; QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
ANTIVIRALES, OTROS		
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ELECTROLITOS/MINERALES/MET ALES/VITAMINAS		
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/MET ALES		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	4	NMO
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NMO
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG	5	NMO
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	NMO
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG	5	NMO
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	2	NMO
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	4	
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NMO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	NMO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gm/60ml</i>	2	NMO
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	2	NMO
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	5	NMO
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	4	
NUTRIENTES		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 7 %	4	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	3	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	4	BD; NMO
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	2	BD; NMO
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	4	BD; NMO
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	BD; NMO
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	BD; NMO
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %	4	BD; NMO
<i>nutrilipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	BD; NMO
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	4	BD; NMO
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 6 %	4	BD; NMO
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	4	BD; NMO
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	4	BD; NMO
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
REEMPLAZO DE ELECTROLITOS/MINERALES		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	2	NMO
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	2	NMO
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	2	NMO
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	GC
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	GC
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	GC
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	1	GC
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	GC
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 8 MEQ	2	
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	5	PA; LA; NMO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	1	NMO; GC
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>	2	NMO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	2	NMO
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	2	NMO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	2	NMO
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	2	BD; NMO
VITAMINAS		
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	1	NMO; GC
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	1	NMO; GC
MISCELÁNEOS		
MISCELÁNEOS		
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	5	NMO
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	4	PA; LA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	2	NMO
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	5	NMO
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NMO
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA; NMO
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	3	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML	5	PA; LA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 284 MG/1.5ML	5	PA; LA; NMO
PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPAN SIONES DE VOLUMEN		
AGENTES MODIFICADORES DE LAS PLAQUETAS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NMO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	3	
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG	3	
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	4	NMO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	5	NMO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	NMO
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNIT/0.72ML, 7500 UNIT/0.3ML, 95000 UNIT/3.8ML	5	NMO
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML	4	NMO
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	NMO; GC
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG	4	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	3	
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	NMO
MODIFICADORES DE LA FORMACIÓN DE LA SANGRE		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	5	PA; NMO
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5	PA; NMO; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	4	PA; NMO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	NMO
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5	NMO
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AGENTES ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	3	NMO
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	3	NMO
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	3	NMO
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG	4	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	3	NMO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	GC
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	3	NMO
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	3	
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	1	GC
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	GC
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	3	
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	3	
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	GC
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	GC
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	3	NMO
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	3	NMO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	1	GC
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5ML	4	
SOLQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	4	PA
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	4	PA
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG	3	
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>	1	GC
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML	3	
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	3	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	3	
AGENTES GLUCÉMICOS		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	3	NMO
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG	3	NMO
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
INSULINAS		
FIASP FLEXTouch SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
LEVEMIR FLEXTouch SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	

RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS

RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS

<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; NMO
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	3	PA; NMO
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NMO
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	4	PA; NMO
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	PA; NMO
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1	PA; NMO; GC
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	3	NMO
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	NMO; GC
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
REEMPLAZO DE ENZIMAS/MODIFICADORES		
CYSTADANE ORAL POWDER	5	NMO
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; LA; NMO; QL (15 EA per 30 days)
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG	5	PA; LA; NMO
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	1	BD; GC
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	BD; GC
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA; NMO
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG	5	NMO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	LA; NMO
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	5	NMO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	5	NMO
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	5	NMO
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulario ID: 20202, Version 7 Fecha en que se actualizo 12/13/2019 Efectivo 01/01/2020

Listado alfabético

A		
abacavir sulfate.....	83	
abacavir sulfate-lamivudine ...	83	
abacavir-lamivudine-zidovudine	83	
ABELCET.....	69	
ABILIFY MAINTENA.....	79	
ABILIFY MYCITE.....	79	
abiraterone acetate.....	71	
acamprosate calcium	52	
acarbose.....	91	
acebutolol hcl	4	
acetaminophen-codeine	52, 53	
acetaminophen-codeine #3.....	52	
acetazolamide	11	
acetic acid.....	43	
acetylcysteine	46	
acitretin.....	16	
ACTHIB	38	
ACTIMMUNE	71	
acyclovir	16, 82	
acyclovir sodium	82	
ADACEL.....	38	
adapalene.....	16	
adefovir dipivoxil	84	
ADEMPAS.....	47	
AFINITOR	71	
AFINITOR DISPERZ	71	
albendazole.....	77	
albuterol sulfate	49	
albuterol sulfate er.....	49	
albuterol sulfate hfa.....	49	
alclometasone dipropionate....	16	
ALECENSA.....	71	
alendronate sodium	51	
alfuzosin hcl er	24	
ALINIA	78	
aliskiren fumarate	6	
allopurinol	13, 77	
almotriptan malate.....	14	
alosetron hcl	22	
ALPHAGAN P.....	40	
alprazolam	55	
alprazolam er	55	
ALTAVERA	27	
ALUNBRIG	71	
alyacen 1/35.....	27	
amantadine hcl.....	3	
AMBISOME	69	
ambrisentan	47	
amcinonide	16	
AMETHIA.....	27	
AMETHIA LO	27	
amikacin sulfate.....	56	
amiloride hcl.....	10	
amiloride-hydrochlorothiazide .	8	
AMINOSYN II.....	86	
AMINOSYN-PF.....	86	
amiodarone hcl	7	
AMITIZA	22	
amitriptyline hcl	68	
amlodipine besy-benazepril hcl	8	
amlodipine besylate	5	
amlodipine besylate-valsartan ..	8	
amlodipine-atorvastatin	6	
amlodipine-olmesartan	8	
amlodipine-valsartan-hctz	8	
ammonium lactate	16	
AMNESTEEM	16	
amoxapine	68	
amoxicill-clarithro-lansopraz .	21	
amoxicillin.....	59	
amoxicillin-pot clavulanate ...	59	
amoxicillin-pot clavulanate er	59	
amphetamine-dextroamphet er	44	
amphetamine- dextroamphetamine	44	
amphotericin b.....	69	
ampicillin.....	59	
ampicillin sodium.....	59	
ampicillin-sulbactam sodium .	59	
ANADROL-50	32	
anagrelide hcl	90	
anastrozole.....	77	
ANDRODERM	27	
APOKYN	3	
apraclonidine hcl	41	
aprepitant	68	
APRI.....	27	
APRISO.....	50	
APTIOM.....	62	
APTIVUS	85	
ARANELLE.....	27	
ARCALYST.....	36	
ARIKAYCE	56	
aripiprazole.....	79	
armodafinil	15	
ARNUITY ELLIPTA.....	48	
ASCOMP-CODEINE.....	53	
ASHLYNA	27	
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	48	
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	48	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	48	
ASMANEX HFA	48	
aspirin-dipyridamole er	90	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	91	
atazanavir sulfate	85	
atenolol	4	
atenolol-chlorthalidone	8	
atomoxetine hcl	44	
atorvastatin calcium.....	9	
atovaquone.....	78	
atovaquone-proguanil hcl	78	
ATRIPLA	85	
atropine sulfate	41	
AUBAGIO.....	43	
AUBRA	27	
AURYXIA.....	24	
AUSTEDO	45	
AVIANE.....	27	
AVONEX PEN.....	44	
AVONEX PREFILLED	44	
AZACTAM	59	
AZASAN.....	36	
AZASITE	41	
azathioprine	36	
azelaic acid	16	
azelastine hcl	40, 46	
azithromycin	60	
AZOPT	40	
aztreonam	59	
B		
bacitracin	41	
bacitracin-polymyxin b.....	41	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	42	
baclofen	94	
BACTOCILL IN DEXTROSE	59	

BACTROBAN NASAL.....	46	bromfenac sodium (once-daily)	40	carbinoxamine maleate.....	47
balsalazide disodium.....	50	bromocriptine mesylate.....	3	CARDURA XL.....	24
BALVERSA.....	72	BROMSITE.....	40	carteolol hcl.....	40
BALZIVA.....	27	budesonide.....	26, 48	CARTIA XT.....	5
BANZEL.....	62	budesonide er.....	26	carvedilol.....	5
BARACLUDE.....	84	bumetanide.....	10, 11	carvedilol phosphate er.....	5
bcg vaccine.....	38	buprenorphine.....	52	caspofungin acetate.....	69
BECONASE AQ.....	46	buprenorphine hcl.....	52	CAYSTON.....	59
BELSOMRA.....	15	buprenorphine hcl-naloxone hcl	52	CAZIENT.....	28
benazepril hcl.....	11	bupropion hcl.....	66	cefaclor.....	57
benazepril-hydrochlorothiazide	8	bupropion hcl er (smoking det)	51	cefaclor er.....	57
BENLYSTA.....	36	bupropion hcl er (sr).....	66	cefadroxil.....	57
benznidazole.....	77	bupropion hcl er (xl).....	51, 66	cefazolin sodium.....	57
benzoyl peroxide-erythromycin	16	buspirone hcl.....	55	cefdinir.....	57
benztropine mesylate.....	4	butalbital-apap-caff-cod.....	53	cefepime hcl.....	57
BEPREVE.....	40	butalbital-apap-caffeine.....	53	cefixime.....	58
BESIVANCE.....	41	butalbital-asa-caff-codeine.....	53	cefotetan disodium.....	58
betamethasone dipropionate... 16		butalbital-aspirin-caffeine.....	53	cefoxitin sodium.....	58
betamethasone dipropionate aug	16	butorphanol tartrate.....	53	cefpodoxime proxetil.....	58
betamethasone valerate 16, 17		BUTRANS.....	52	cefprozil.....	58
BETASERON.....	44	BYSTOLIC.....	4	ceftazidime.....	58
betaxolol hcl.....	40	C		ceftriaxone sodium.....	58
bethanechol chloride.....	25	cabergoline.....	35	cefuroxime axetil.....	58
bexarotene.....	72	CABLIVI.....	90	cefuroxime sodium.....	58
BEXSERO.....	38	CABOMETYX.....	72	celecoxib.....	2
bicalutamide.....	72	calcipotriene.....	17	CELONTIN.....	63
BICILLIN C-R.....	60	calcipotriene-betameth diprop	17	cephalexin.....	58
BICILLIN C-R 900/300.....	60	calcitonin (salmon).....	51	cetirizine hcl.....	47
BICILLIN L-A.....	60	calcitriol.....	17, 51	cevimeline hcl.....	15
BIDIL.....	12	calcium acetate (phos binder). 24		CHANTIX.....	51
BIKTARVY.....	85	CALQUENCE.....	72	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	51
bimatoprost.....	41	CAMILA.....	28	CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	52
bisoprolol fumarate.....	4	CAMRESE LO.....	28	CHEMET.....	86
bisoprolol-hydrochlorothiazide	8	candesartan cilexetil.....	7	chlordiazepoxide hcl.....	55
BLEPHAMIDE.....	42	candesartan cilexetil-hctz.....	8	chlorhexidine gluconate.....	15
BLEPHAMIDE S.O.P.....	42	CAPEX.....	17	chloroquine phosphate.....	78
BLISOVI 24 FE.....	28	CAPRELSA.....	72	chlorothiazide.....	11
BLISOVI FE 1.5/30.....	28	captopril.....	11	chlorthalidone.....	11
BOOSTRIX.....	38	captopril-hydrochlorothiazide ..	8	chlorzoxazone.....	94
bosentan.....	47	CARAFATE.....	24	cholestyramine.....	10
BOSULIF.....	72	CARBAGLU.....	87	cholestyramine light.....	10
BRAFTOVI.....	72	carbamazepine.....	12, 63	ciclopirox.....	17
BREO ELLIPTA.....	49	carbamazepine er.....	63	ciclopirox olamine.....	17
briellyn.....	28	carbidopa-levodopa.....	3	cilostazol.....	90
BRILINTA.....	90	carbidopa-levodopa er.....	3	CIMDUO.....	83
brimonidine tartrate.....	40	carbidopa-levodopa-entacapone	3	cimetidine.....	22
BRIVIACT.....	62			cimetidine hcl.....	22

cinacalcet hcl.....	50	clonidine hcl er.....	44	cypheptadine hcl.....	47
CINRYZE.....	89	clopidogrel bisulfate.....	90	CYRED.....	28
CIPRODEX.....	43	clorazepate dipotassium.....	55	CYSTADANE.....	95
ciprofloxacin.....	61	clotrimazole.....	15, 17	CYSTAGON.....	24
ciprofloxacin hcl.....	41, 43, 61	clotrimazole-betamethasone..	17, 18	CYSTARAN.....	42
ciprofloxacin in d5w.....	61	clozapine.....	79, 80	D	
citalopram hydrobromide.....	67	COARTEM.....	78	dalfampridine er.....	44
CLARAVIS.....	17	codeine sulfate.....	53	DALIRESP.....	50
clarithromycin.....	61	colchicine.....	13	danazol.....	27
clarithromycin er.....	61	colchicine-probenecid.....	13	dantrolene sodium.....	95
clemastine fumarate.....	47	colesevelam hcl.....	10	dapsone.....	70
CLENPIQ.....	23	colestipol hcl.....	10	DAPTACEL.....	38
CLEOCIN.....	25	colistimethate sodium (cba)...	56	daptomycin.....	56
CLIMARA PRO.....	32	COMBIGAN.....	40	DARAPRIM.....	78
clindamycin hcl.....	56	COMBIPATCH.....	32	darifenacin hydrobromide er..	25
clindamycin palmitate hcl.....	56	COMBIVENT RESPIMAT...	49	DAURISMO.....	72
clindamycin phos-benzoyl perox.....	17	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	72	DAYTRANA.....	45
clindamycin phosphate	17, 25, 56	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	72	DEBLITANE.....	28
clindamycin phosphate in d5w.....	56	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	72	deferasirox.....	86
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5).....	86	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	91	DELSTRIGO.....	85
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10).....	86	COMPLERA.....	85	DELYLA.....	28
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5).....	87	COMPRO.....	78	demeclocycline hcl.....	62
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	87	CONDYLOX.....	18	DEM SER.....	4
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	87	COPIKTRA.....	72	DENAVIR.....	18
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	87	CORLANOR.....	6	DEPEN TITRATABS.....	86
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	87	cortisone acetate.....	26	DEPO-ESTRADIOL.....	32
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	87	CORTISPORIN.....	18	DEPO-PROVERA.....	72
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	87	COSENTYX (300 MG DOSE).....	18	DESCOVY.....	83
CLINISOL SF.....	87	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	18	desipramine hcl.....	68
clobazam.....	65	COTELLIC.....	72	desmopressin ace spray refig	34
clobetasol propionate.....	17	CREON.....	22	desmopressin acetate.....	34
clobetasol propionate e.....	17	CRIVAN.....	85	desogestrel-ethinyl estradiol...	28
clobetasol propionate emulsion.....	17	cromolyn sodium.....	21, 40, 46	desonide.....	18
clomipramine hcl.....	68	CRYSELLE-28.....	28	desoximetasone.....	18
clonazepam.....	65	CUVPOSA.....	22	desvenlafaxine er.....	67
clonidine.....	7	cvs gauze sterile.....	91	desvenlafaxine succinate er....	67
clonidine hcl.....	7	CYCLAFEM 1/35.....	28	dexamethasone.....	26
		CYCLAFEM 7/7/7.....	28	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	26
		cyclobenzaprine hcl.....	95	dexamethasone sodium phosphate.....	42
		cyclophosphamide.....	70	DEXILANT.....	23
		CYCLOSET.....	91	dextroamphetamine sulfate....	44
		cyclosporine.....	36	dextroamphetamine sulfate er.	44
		cyclosporine modified.....	36	dextrose.....	87
				dextrose-nacl.....	88
				DIASTAT ACUDIAL.....	66
				DIASTAT PEDIATRIC.....	66
				diazepam.....	55, 66
				diclofenac potassium.....	2

diclofenac sodium	2, 18, 42	dutasteride	24	ERY-TAB.....	61
diclofenac sodium er	2	dutasteride-tamsulosin hcl	24	ERYTHROCIN	
diclofenac-misoprostol	2	DYMISTA.....	46	LACTOBIONATE	61
dicloxacillin sodium	60	E		ERYTHROCIN STEARATE.....	61
dicyclomine hcl	22	econazole nitrate.....	18	erythromycin.....	18, 41
didanosine.....	83	EDARBI	11	erythromycin base	61
DIFICID	61	EDARBYCLOR.....	8	erythromycin ethylsuccinate...	61
diflorasone diacetate.....	18	EDURANT	82	ESBRIET	45
diflunisal.....	2	efavirenz	82	escitalopram oxalate	67
DIGITEK.....	6	eletriptan hydrobromide	14	esomeprazole magnesium.....	23
DIGOX	6	ELIGARD	72	ESTARYLLA.....	28
digoxin.....	6	ELIQUIS	90	estradiol	25, 33
dihydroergotamine mesylate ..	14	ELIQUIS STARTER PACK..	90	estradiol valerate.....	33
DILANTIN.....	63	ELMIRON.....	24	estradiol-norethindrone acet ...	33
diltiazem hcl	5	EMCYT	72	ESTRING	25
diltiazem hcl er	5	EMOQUETTE.....	28	eszopiclone	15
diltiazem hcl er beads.....	5	EMSAM	66	ethacrynic acid.....	11
diltiazem hcl er coated beads ...	5	EMTRIVA.....	83	ethambutol hcl	70
dilt-xr.....	5	EMVERM	78	ethosuximide.....	63
diphenoxylate-atropine.....	21	enalapril maleate.....	11	ethynodiol diac-eth estradiol ..	28
diphtheria-tetanus toxoids dt..	38	enalapril-hydrochlorothiazide ..	8	etodolac.....	2
dipyridamole.....	90	ENBREL	37	etodolac er	2
disopyramide phosphate.....	7	ENBREL MINI	36	EURAX	18
disulfiram	52	ENBREL SURECLICK	37	EVAMIST	33
DIURIL	11	ENDARI.....	89	EVOTAZ	83
divalproex sodium.....	14, 64	ENERGIX-B	38	EXEL COMFORT POINT PEN	
divalproex sodium er.....	64	enoxaparin sodium	90	NEEDLE.....	91
DIVIGEL.....	33	ENPRESSE-28	28	exemestane	77
dofetilide.....	7	ENSKYCE.....	28	ezetimibe.....	10
donepezil hcl	13	entacapone	3	F	
dorzolamide hcl.....	40	entecavir	84	FALMINA.....	28
dorzolamide hcl-timolol mal ..	40	ENTRESTO.....	6	famciclovir.....	85
dorzolamide hcl-timolol mal pf		enulose.....	23	famotidine.....	22
.....	40	ENVARBUS XR	37	FANAPT.....	80
DOVATO	83	EPIDIOLEX	65	FANAPT TITRATION PACK	
doxazosin mesylate	4	epinastine hcl.....	40		80
doxepin hcl	68	epinephrine	89	FARYDAK.....	72
doxercalciferol.....	51	EPITOL	63	FASENRA.....	46
DOXY 100	62	EPIVIR HBV	83	febuxostat	13
doxycycline hyclate.....	62	eplerenone	10	felbamate	64
doxycycline monohydrate	62	eprosartan mesylate	7	felodipine er.....	6
dronabinol.....	68	EQUETRO	80	FEMRING	25
drospiren-eth estrad-levomefol		ERAXIS.....	69	FEMYNOR.....	28
.....	28	ergoloid mesylates.....	45	fenofibrate.....	9
drospirenone-ethinyl estradiol	28	ERIVEDGE	72	fenofibrate micronized.....	9
DROXIA	71	ERLEADA	72	fenofibric acid.....	9
DUAVEE	33	erlotinib hcl.....	72	fentanyl	54
duloxetine hcl	67	ERRIN	28	fentanyl citrate	53
duramorph	53	ertapenem sodium.....	59	FERRIPROX	86
DUREZOL	42	ery.....	18	FETZIMA.....	67

FETZIMA TITRATION	67
FIASP	93
FIASP FLEXTOUCH	93
finasteride	24
FIRAZYR.....	89
FIRDAPSE	89
FIRMAGON.....	73
FIRVANQ.....	56
FLAREX	42
FLEBOGAMMA DIF	35
flecainide acetate	7
FLOVENT DISKUS	48
FLOVENT HFA.....	48
fluconazole	69
fluconazole in sodium chloride	69
flucytosine	69
fludrocortisone acetate	26
flunisolide	46
fluocinolone acetonide	18, 43
fluocinolone acetonide scalp ..	18
fluocinonide.....	19
fluocinonide emulsified base..	18
fluorometholone	42
fluorouracil	19
fluoxetine hcl.....	67
fluphenazine decanoate	78
fluphenazine hcl	78
flurazepam hcl	15
flurbiprofen.....	2
flurbiprofen sodium.....	42
flutamide.....	73
fluticasone propionate	19, 46
fluticasone-salmeterol	49
fluvastatin sodium	9
fluvastatin sodium er	9
fluvoxamine maleate	67
fluvoxamine maleate er	67
fondaparinux sodium.....	90
FORTEO	51
fosamprenavir calcium	85
fosinopril sodium.....	11
fosinopril sodium-hctz.....	8
FRAGMIN	90
FREAMINE HBC	87
frovatriptan succinate	14
furosemide.....	11
FUZEON	84
FYAVOLV	33
FYCOMPA	64

G

gabapentin	64
GALAFOLD	95
galantamine hydrobromide.....	13
galantamine hydrobromide er.	13
GAMMAGARD	36
GAMMAGARD S/D LESS IGA	36
GAMMAKED	36
GAMMAPLEX	36
GAMUNEX-C.....	36
GARDASIL 9.....	38
gatifloxacin.....	41
GATTEX.....	21
GAVILYTE-C.....	23
GAVILYTE-G.....	23
GAVILYTE-N WITH FLAVOR	23
gemfibrozil	9
generlac	23
GENGRAF	37
gentamicin in saline.....	56
gentamicin sulfate.....	19, 41, 56
GENVOYA	85
GEODON	80
GIANVI.....	29
GILENYA	44
GILOTRIF	73
glatiramer acetate	44
GLEOSTINE	70
glimepiride.....	91
glipizide	91
glipizide er	91
glipizide-metformin hcl	92
global alcohol prep ease	92
GLUCAGEN HYPOKIT	93
GLUCAGON EMERGENCY	93
glycopyrrolate.....	22
GOCOVRI.....	3
GOLYTELY	23
granisetron hcl	69
griseofulvin microsize	69
griseofulvin ultramicrosize.....	69
guanfacine hcl.....	7
guanfacine hcl er	45
guanidine hcl	3

H

HAILEY 24 FE	29
halcinonide	19
halobetasol propionate.....	19

HALOG	19
haloperidol.....	79
haloperidol decanoate.....	79
haloperidol lactate	79
HAVRIX.....	38
heparin sodium (porcine).....	90
HEPATAMINE	87
HETLIOZ	15
HIBERIX.....	38
HUMIRA	37
HUMIRA PEDIATRIC	
CROHNS START	37
HUMIRA PEN	37
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
STARTER	37
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL	
HS START	37
hydralazine hcl.....	12
hydrochlorothiazide.....	11
hydrocodone-acetaminophen..	53
hydrocodone-ibuprofen	53
hydrocortisone	19, 26
hydrocortisone ace-pramoxine	19
hydrocortisone butyrate	19
hydrocortisone valerate	19
hydrocortisone-acetic acid.....	43
hydromorphone hcl.....	53
hydromorphone hcl er.....	54
hydroxychloroquine sulfate	78
hydroxyurea	73
hydroxyzine hcl	55
hydroxyzine pamoate.....	55

I

ibandronate sodium	51
IBRANCE.....	73
IBU	2
ibuprofen.....	2
ICLUSIG	73
IDHIFA.....	73
ILEVRO	42
imatinib mesylate.....	73
IMBRUVICA	73
imipenem-cilastatin	59
imipramine hcl.....	68
imipramine pamoate	68
imiquimod.....	19
IMOVAX RABIES	38
INBRIJA.....	3
INCASSIA.....	29
INCRELEX	34

indapamide	11	JULUCA.....	83	lansoprazole.....	23
indomethacin	2	JUNEL 1.5/30.....	29	LANTUS	93
indomethacin er	2	JUNEL 1/20.....	29	LANTUS SOLOSTAR.....	93
INFANRIX.....	38	JUNEL FE 1.5/30.....	29	LARIN 1.5/30.....	29
INLYTA	73	JUNEL FE 1/20	29	LARIN 1/20.....	29
INREBIC.....	73	JUXTAPID.....	10	LARIN FE 1.5/30	29
INTELENCE.....	82	K		LARIN FE 1/20	29
INTRALIPID	87	KAITLIB FE	29	LARISSIA	29
INTRAROSA.....	25	KALETRA	85	latanoprost	41
INTRON A.....	73	KALYDECO.....	46	LATUDA.....	80
INTROVALE	29	KARIVA	29	LEENA.....	29
INVEGA SUSTENNA.....	80	kcl in dextrose-nacl	88	leflunomide.....	36
INVEGA TRINZA.....	80	kcl-lactated ringers-d5w	88	LENVIMA (10 MG DAILY	
INVIRASE	85	KELNOR 1/35.....	29	DOSE)	74
INVOKAMET.....	92	KELNOR 1/50.....	29	LENVIMA (12 MG DAILY	
INVOKAMET XR	92	ketoconazole.....	19, 69	DOSE)	74
INVOKANA	92	ketoprofen.....	2	LENVIMA (14 MG DAILY	
IONOSOL-MB IN D5W	88	ketoprofen er.....	2	DOSE)	74
IPOL	38	ketorolac tromethamine	42	LENVIMA (18 MG DAILY	
ipratropium bromide.....	46, 48	KINRIX.....	38	DOSE)	74
ipratropium-albuterol	49	KIONEX.....	86	LENVIMA (20 MG DAILY	
irbesartan	7	KISQALI (200 MG DOSE) ...	73	DOSE)	74
irbesartan-hydrochlorothiazide.	8	KISQALI (400 MG DOSE) ...	73	LENVIMA (24 MG DAILY	
IRESSA	73	KISQALI (600 MG DOSE) ...	74	DOSE)	74
ISENTRESS	84	KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (4 MG DAILY	
ISENTRESS HD	84	DOSE)	74	DOSE)	74
ISIBLOOM.....	29	KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (8 MG DAILY	
ISOLYTE-P IN D5W	88	DOSE)	74	DOSE)	74
ISOLYTE-S.....	88	KISQALI FEMARA(200 MG		LESSINA.....	29
isoniazid	70	DOSE)	74	letrozole	77
isosorbide dinitrate	12	KLOR-CON	88	leucovorin calcium	74
isosorbide dinitrate er	12	KLOR-CON 10	88	LEUKERAN.....	70
isosorbide mononitrate	12	KLOR-CON M10.....	88	LEUKINE.....	91
isosorbide mononitrate er	12	KLOR-CON M15.....	88	leuprolide acetate.....	74
isotretinoin.....	19	KLOR-CON M20.....	88	levalbuterol hcl	49
isradipine	6	KLOR-CON SPRINKLE	88	LEVEMIR	94
itraconazole	69	KORLYM.....	92	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	93
ivermectin.....	78	KURVELO.....	29	levetiracetam.....	65
IXIARO.....	38	KUVAN.....	88, 95	levetiracetam er	65
J		L		levobunolol hcl	40
JAKAFI.....	73	labetalol hcl	5	levocarnitine	95
JANTOVEN	90	lactulose.....	23	levocetirizine dihydrochloride	
JANUMET	92	LAMICTAL XR.....	64		47, 48
JANUMET XR.....	92	lamivudine.....	83	levofloxacin	41, 61
JANUVIA.....	92	lamivudine-zidovudine.....	83	levofloxacin in d5w	61
JARDIANCE.....	92	lamotrigine.....	64	LEVONEST	29
JASMIEL	29	lamotrigine er	64	levonorgest-eth estrad 91-day.	29
JINTELI	33	lamotrigine starter kit-blue	64	levonorgestrel-ethinyl estrad ..	29
JUBLIA	19	lamotrigine starter kit-green ...	64	levonorg-eth estrad triphasic ..	30
JULEBER.....	29	lamotrigine starter kit-orange .	64	LEVORA 0.15/30 (28)	30

LEVO-T	34	malathion	19	metronidazole in nacl	57
levothyroxine sodium	34	maprotiline hcl	66	mexiletine hcl	7
LEVOXYL	34	marlissa	30	miconazole 3	25
LEXIVA	85	MARPLAN	66	MICROGESTIN 1.5/30	30
lidocaine	55	MATULANE	75	MICROGESTIN 1/20	30
lidocaine hcl	55	MATZIM LA	6	MICROGESTIN FE 1.5/30	30
lidocaine hcl urethral/mucosal	55	MAYZENT	44	MICROGESTIN FE 1/20	30
lidocaine viscous hcl	15	meclizine hcl	68	midodrine hcl	7
lidocaine-prilocaine	55	medroxyprogesterone acetate 30,	33	MIGERGOT	14
linezolid	56	33		miglitol	92
LINZESS	22	mefloquine hcl	78	miglustat	95
liothyronine sodium	34	megestrol acetate	33, 75	MILI	30
lisinopril	11	MEKINIST	75	MILLIPRED	26
lisinopril-hydrochlorothiazide ..	9	MEKTOVI	75	MINITRAN	12
lithium	13	meloxicam	2	minocycline hcl	62
lithium carbonate	12	memantine hcl	13	minocycline hcl er	62
lithium carbonate er	12	memantine hcl er	13	minoxidil	12
LIVALO	9	MENACTRA	39	mirtazapine	66
LO LOESTRIN FE	30	MENEST	33	misoprostol	24
LOKELMA	86	MENVEO	39	M-M-R II	39
LONSURF	74	mercaptopurine	71	modafinil	15
loperamide hcl	21	meropenem	59	moexipril hcl	11
lopinavir-ritonavir	85	mesalamine	50	molindone hcl	79
lorazepam	55	MESNEX	77	mometasone furoate	20, 46
LORBRENA	74	metaxalone	95	montelukast sodium	47
LORYNA	30	metformin hcl	92	morphine sulfate	53
losartan potassium	7	metformin hcl er	92	morphine sulfate (concentrate)	
losartan potassium-hctz	9	methadone hcl	54		53
LOTEMAX	42	methazolamide	11	morphine sulfate er	54
LOTEMAX SM	42	methenamine hippurate	57	MOVANTIK	22
loteprednol etabonate	42	methimazole	35	MOXEZA	41
lovastatin	10	methocarbamol	95	moxifloxacin hcl	42, 61
LOW-OGESTREL	30	methotrexate	71	moxifloxacin hcl in nacl	61
loxapine succinate	79	methotrexate sodium	71	MULTAQ	7
LUMIGAN	41	methotrexate sodium (pf)	71	mupirocin	20
LUPRON DEPOT (1-MONTH)		methoxsalen rapid	19	mupirocin calcium	20
.....	74	methscopolamine bromide	22	MYCAMINE	69
LUPRON DEPOT (3-MONTH)		methyclothiazide	11	mycophenolate mofetil	37
.....	35, 74	methylphenidate hcl	45	mycophenolate sodium	37
LUPRON DEPOT (4-MONTH)		methylphenidate hcl er	45	MYRBETRIQ	25
.....	74	methylphenidate hcl er (cd)	45	N	
LUPRON DEPOT (6-MONTH)		methylphenidate hcl er (la)	45	nabumetone	2
.....	75	methylprednisolone	26	nadolol	5
LUTERA	30	metoclopramide hcl	21	nafcillin sodium	60
LYNPARZA	75	metolazone	11	naftifine hcl	20
LYRICA	43, 63	metoprolol succinate er	5	naloxone hcl	52
LYSODREN	75	metoprolol tartrate	5	naltrexone hcl	52
LYZA	30	metoprolol-hydrochlorothiazide		NAMENDA XR TITRATION	
M			9	PACK	13
magnesium sulfate	88	metronidazole	20, 25, 57	NAMZARIC	13

naproxen	2	norgestimate-eth estradiol	30	olmesartan-amlodipine-hctz	9
naproxen dr.....	2	norgestim-eth estrad triphasic.....	30, 31	olopatadine hcl.....	40, 46
naproxen sodium	2	NORLYROC	31	omega-3-acid ethyl esters	10
naratriptan hcl.....	14	NORMOSOL-M IN D5W	88	omeprazole	23
NARCAN	52	NORMOSOL-R IN D5W	88	OMNITROPE	34
NATACYN	42	NORMOSOL-R PH 7.4	88	ondansetron.....	69
nateglinide	92	NORPACE CR.....	7	ondansetron hcl.....	69
NATPARA	51	NORTHERA	89	OPSUMIT.....	47
NEBUPENT	78	NORTREL 0.5/35 (28).....	31	ORAVIG.....	70
NECON 0.5/35 (28)	30	NORTREL 1/35 (21).....	31	ORFADIN	95
nefazodone hcl.....	66	NORTREL 1/35 (28).....	31	ORLISSA	34
neomycin sulfate	56	NORTREL 7/7/7	31	ORKAMBI	46
neomycin-bacitracin zn- polymyx.....	42	nortriptyline hcl	68	orphenadrine citrate er.....	95
neomycin-polymyxin-dexameth	43	NORVIR.....	85	ORSYTHIA.....	31
neomycin-polymyxin- gramicidin.....	42	NOVOLIN 70/30.....	94	oseltamivir phosphate	81, 82
neomycin-polymyxin-hc	43	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	94	OSPHERA.....	27
NEPHRAMINE.....	87	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	94	oxacillin sodium	60
NERLYNX.....	75	NOVOLIN N.....	94	oxandrolone	32
NEUPRO.....	4	NOVOLIN R.....	94	oxaprozin	2
nevirapine	82	NOVOLOG	94	oxazepam.....	55
nevirapine er	82	NOVOLOG FLEXPEN.....	94	oxcarbazepine	63, 65
NEXAVAR	75	NOVOLOG MIX 70/30	94	OXERVATE.....	41
niacin er (antihyperlipidemic) 10		NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	94	oxiconazole nitrate.....	20
NIACOR.....	10	NOVOLOG PENFILL	94	OXTELLAR XR	63
nicardipine hcl	6	NOXAFIL	69, 70	oxybutynin chloride.....	25
NICOTROL.....	52	NUBEQA	75	oxybutynin chloride er.....	25
nifedipine er.....	6	NUCALA	46	oxycodone hcl.....	53
nifedipine er osmotic release....	6	NUEDEXTA	89	oxycodone hcl er.....	54
NIKKI.....	30	NUPLAZID	80	oxycodone-acetaminophen	54
nilutamide.....	75	nutrilipid	87	oxycodone-aspirin	54
nimodipine.....	6	NUVARING.....	31	oxycodone-ibuprofen.....	54
NINLARO.....	75	NYAMYC	20	oxymorphone hcl	54
nisoldipine er	6	nystatin	15, 20, 70	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	92
NITRO-BID	12	nystatin-triamcinolone.....	20	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	92
nitrofurantoin.....	57	NYSTOP	20	P	
nitrofurantoin macrocrystal	57	O		PACERONE	8
nitrofurantoin monohyd macro	57	OCELLA	31	paliperidone er	80
nitroglycerin	12	octreotide acetate	35	PANRETIN	20
nizatidine	22	ODEFSEY	85	pantoprazole sodium.....	23
NORA-BE	30	ODOMZO	75	paricalcitol	50, 51
norethin ace-eth estrad-fe	30	OFEV.....	45	paromomycin sulfate	56
norethindrone	30	ofloxacin.....	42, 43	paroxetine hcl	67
norethindrone acetate	33	OGESTREL.....	31	paroxetine hcl er	67
norethindrone acet-ethinyl est 30		olanzapine.....	80	paroxetine mesylate	67
norethindrone-eth estradiol	33	olanzapine-fluoxetine hcl	80	PASER.....	70
norethin-eth estradiol-fe	30	olmesartan medoxomil	7	PAXIL	67
		olmesartan medoxomil-hctz	9	PAZEO	40
				PEDIARIX	39
				PEDVAX HIB	39

peg 3350/electrolytes.....	23	PORTIA-28	31	PROLASTIN-C	46
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...	23	posaconazole	70	PROLENSA	40
peg-3350/electrolytes	23	potassium chloride.....	89	PROLIA.....	51
PEGANONE	63	potassium chloride crys er	89	PROMACTA.....	91
PEGASYS	84	potassium chloride er.....	89	promethazine hcl	48
PEGASYS PROCLICK	84	potassium chloride in dextrose	89	promethazine-phenylephrine ..	48
penicillin g pot in dextrose.....	60		89	propafenone hcl	8
penicillin g potassium.....	60	potassium chloride in nacl.....	89	propafenone hcl er	8
penicillin g procaine	60	potassium citrate er.....	24	proparacaine hcl.....	55
penicillin g sodium	60	PRADAXA.....	91	propranolol hcl.....	5
penicillin v potassium.....	60	PRALUENT	10	propranolol hcl er	5
PENTAM	78	pramipexole dihydrochloride ...	4	propylthiouracil	35
pentoxifylline er	7	pramipexole dihydrochloride er	4	PROQUAD.....	39
perindopril erbumine.....	11	prasugrel hcl	90	PROSOL.....	87
permethrin	20	pravastatin sodium.....	10	protriptyline hcl	68
perphenazine.....	79	praziquantel	78	PULMOZYME	46
perphenazine-amitriptyline.....	79	prazosin hcl.....	4	PURIXAN	71
PERSERIS.....	80	prednicarbate	20	PYLERA.....	22
phenelzine sulfate	66	prednisolone	26	pyrazinamide	70
phenobarbital.....	65	prednisolone acetate	43	pyridostigmine bromide.....	3
phenytoin.....	63	prednisolone sodium phosphate	26, 43	pyridostigmine bromide er	3
phenytoin sodium extended....	63	prednisone	26	Q	
PHOSPHOLINE IODIDE.....	40	PREDNISONE INTENSOL...	26	QUADRACEL	39
PICATO	20	preferred plus insulin syringe.	92	quetiapine fumarate	81
PIFELTRO	82	PREFEST	33	quetiapine fumarate er	81
pilocarpine hcl.....	15, 41	pregabalin	63	quinapril hcl.....	12
pimecrolimus.....	20	PREMARIN	25, 33	quinapril-hydrochlorothiazide ..	9
pimozide	79	PREMASOL.....	87	quinidine gluconate er	8
PIMTREA	31	PREMPHASE	33	quinidine sulfate	8
pindolol.....	5	PREMPRO	33	quinine sulfate	78
pioglitazone hcl	92	prenatal	89	R	
pioglitazone hcl-glimepiride ..	92	PREVIFEM	31	RABAVERT.....	39
pioglitazone hcl-metformin hcl	92	PREZCOBIX.....	83	rabeprazole sodium.....	23
piperacillin sod-tazobactam so60		PREZISTA	85	raloxifene hcl	27
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	75	PRIFTIN.....	70	ramipril	12
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	75	primaquine phosphate.....	78	ranitidine hcl	22
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	75	primidone.....	65	ranolazine er	7
PIRMELLA 1/35.....	31	PROAIR HFA	49	rasagiline mesylate	4
piroxicam.....	3	PROAIR RESPICLICK	49	RAVICTI.....	95
PLASMA-LYTE 148	88	probenecid	14	REBETOL	84
PLASMA-LYTE A	88	PROCALAMINE	87	RECLIPSEN.....	31
PLENAMINE.....	87	prochlorperazine.....	79	RECOMBIVAX HB.....	39
podofilox	20	prochlorperazine maleate	79	RECTIV	20
polymyxin b sulfate.....	57	PROCTO-MED HC	20	REGRANEX	20
polymyxin b-trimethoprim	42	PROCTOSOL HC	20	RELENZA DISKHALER	82
POMALYST	75	PROCTOZONE-HC.....	20	RELI-ON INSULIN SYRINGE	92
		progesterone micronized	33	repaglinide	92
		PROGLYCEM	93	repaglinide-metformin hcl	93
		PROGRAF.....	37	REPATHA.....	10

REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	31	sevelamer carbonate	24	sulfamethoxazole-trimethoprim	62
REPATHA SURECLICK	10	SHAROBEL.....	31	SULFAMYLON.....	21
RESCRIPTOR.....	82	SHINGRIX.....	39	sulfasalazine	50
RESTASIS	41	SIGNIFOR.....	35	sulindac	3
RETACRIT	91	sildenafil citrate	47	sumatriptan	14
REVLIMID	71	SILENOR	15	sumatriptan succinate	14
REXULTI.....	81	silodosin.....	24	sumatriptan succinate refill.....	14
REYATAZ	85	silver sulfadiazine.....	20	sumatriptan-naproxen sodium	14
RIBASPHERE	84	SIMBRINZA	40	SUPRAX	58
ribavirin	84	simvastatin.....	10	SUPREP BOWEL PREP KIT	24
rifabutin	70	sirolimus	37	SUTENT	76
RIFAMATE	70	SIRTURO.....	70	SYEDA.....	31
rifampin	70	SKLICE	21	SYLATRON.....	76
RIFATER	70	sodium chloride	24, 89	SYMBICORT	49
riluzole.....	45	sodium fluoride.....	89	SYMDEKO	46
rimantadine hcl	82	sodium phenylbutyrate	95	SYMFI.....	86
RIOMET.....	93	sodium polystyrene sulfonate	86	SYMFI LO.....	86
risedronate sodium	51	sofosbuvir-velpatasvir	84	SYMLINPEN 120	93
RISPERDAL CONSTA	81	solifenacin succinate.....	25	SYMLINPEN 60	93
risperidone.....	81	SOLQUA	93	SYMPAZAN	66
ritonavir	85	SOLOXIDE	62	SYMTUZA.....	86
rivastigmine.....	13	SOLTAMOX.....	75	SYNAREL.....	35
rivastigmine tartrate.....	13	SOMATULINE DEPOT	35	SYNJARDY	93
rizatriptan benzoate	14	SOMAVERT	35	SYNJARDY XR.....	93
ropinirole hcl	4	SOOLANTRA.....	21	SYNRIBO.....	76
ropinirole hcl er	4	sotalol hcl	5	SYNTHROID.....	34
rosuvastatin calcium.....	10	sotalol hcl (af).....	5	T	
ROTARIX	39	SPIRIVA HANDIHALER	48	TABLOID.....	71
ROTATEQ	39	SPIRIVA RESPIMAT.....	48	TACLONEX.....	21
ROWEEPRA.....	65	spironolactone	10	tacrolimus	21, 37, 38
ROWEEPRA XR	65	spironolactone-hctz	9	TAFINLAR	76
ROZLYTREK	75	SPRINTEC 28	31	TAGRISSO.....	76
RUBRACA.....	75	SPRITAM.....	65	TAKHZYRO	89
RYDAPT	75	SPRYCEL	75, 76	TALZENNA.....	76
S		SPS	86	tamoxifen citrate.....	76
SAMSCA	86	SRONYX.....	31	tamsulosin hcl	24
SANCUSO	69	SSD.....	21	TAPERDEX 12-DAY	26
SANDIMMUNE	37	stavudine.....	83	TAPERDEX 6-DAY	26
SANTYL	20	STELARA	36	TAPERDEX 7-DAY	26
SAPHRIS	81	STIOLTO RESPIMAT.....	49	TARGRETIN	21
SAVELLA.....	43	STIVARGA.....	76	TARINA 24 FE	31
SAVELLA TITRATION PACK	43	streptomycin sulfate	56	TARINA FE 1/20	31
scopolamine.....	68	STRIBILD.....	86	TASIGNA.....	76
selegiline hcl.....	4	sucralfate	24	tazarotene.....	21
selenium sulfide.....	20	sulfacetamide sodium	42	TAZICEF.....	58
SELZENTRY	84	sulfacetamide sodium (acne) ..	21	TAZORAC	21
SEREVENT DISKUS	49	sulfacetamide-prednisolone....	43	TAZTIA XT	6
sertraline hcl	67	sulfadiazine.....	61	TDVAX	39
		SETLAKIN	31	TECFIDERA	44

TEFLARO.....	58	tranexamic acid.....	91	TYMLOS.....	51
TEGSEDI	90	TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)	68	TYPHIM VI.....	39
telmisartan	7		68	U	
telmisartan-hctz	9	tranylcypromine sulfate.....	66	UCERIS.....	21
temazepam.....	15	TRAVASOL.....	87	ULORIC	14
TENIVAC	39	TRAVATAN Z.....	41	UNITHROID.....	35
tenofovir disoproxil fumarate.....	83	trazodone hcl	66	UPTRAVI.....	47
terazosin hcl.....	4	TRECATOR.....	70	ursodiol	22
terbinafine hcl.....	70	TRELEGY ELLIPTA.....	50	V	
terbutaline sulfate	49	TRELSTAR MIXJECT.....	76	valacyclovir hcl	82
terconazole	25	TRESIBA	94	VALCHLOR	21
testosterone.....	27	TRESIBA FLEXTOUCH.....	94	valganciclovir hcl	81
testosterone cypionate	27	tretinoin	21, 76	valproic acid	64
testosterone enanthate	27	tretinoin microsphere.....	21	valsartan.....	7
tetrabenazine.....	45	TREXALL.....	71	valsartan-hydrochlorothiazide ..	9
THALOMID.....	71	triamcinolone acetonide ...	16, 21	vancomycin hcl.....	57
theophylline er.....	50	triamterene-hctz.....	9	VAQTA	39
thioridazine hcl.....	79	triazolam.....	15	VARIVAX.....	39
thiothixene.....	79	trientine hcl.....	86	VARIZIG.....	36
tiagabine hcl	64	TRI-ESTARYLLA	31	VASCEPA.....	10
TIBSOVO.....	76	trifluoperazine hcl.....	79	VELIVET	32
tigecycline	57	trifluridine.....	42	VELPHORO.....	25
TIGLUTIK	45	trihexyphenidyl hcl.....	4	VELTASSA.....	86
timolol maleate.....	5, 14, 40, 41	TRI-LEGEST FE.....	31	VEMLIDY	84
tinidazole	57	TRI-LO-ESTARYLLA	32	VENCLEXTA	76
TIROSINT.....	34	TRI-LO-SPRINTEC.....	32	VENCLEXTA STARTING	
TIROSINT-SOL.....	35	TRILYTE	24	PACK	76
TIVICAY	84	trimethobenzamide hcl	68	venlafaxine hcl.....	68
tizanidine hcl	95	trimethoprim.....	57	venlafaxine hcl er	67
TOBI PODHALER	56	TRI-MILI.....	32	verapamil hcl	6
tobramycin.....	42, 56	trimipramine maleate.....	68	verapamil hcl er	6
tobramycin sulfate	56	TRINTELLIX.....	67	VERSACLOZ.....	81
tobramycin-dexamethasone....	43	TRI-PREVIFEM	32	VERZENIO	76
TOLAK	21	TRI-SPRINTEC	32	VIBRAMYCIN	62
tolbutamide.....	93	TRIUMEQ.....	85	VICTOZA.....	93
tolmetin sodium.....	3	TRIVORA (28).....	32	VIDEX.....	83
tolterodine tartrate	25	TRI-VYLIBRA	32	VIDEX EC.....	83
tolterodine tartrate er	25	TRI-VYLIBRA LO	32	VIENVA.....	32
topiramate.....	65	TROKENDI XR.....	65	vigabatrin.....	64
topiramate er.....	64	TROPHAMINE.....	87	VIGADRONE	64
toremifene citrate.....	76	tropium chloride.....	25	VIIBRYD	66
torsemide	11	tropium chloride er.....	25	VIIBRYD STARTER PACK.....	66
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	94	TRULICITY	93	VIMPAT.....	63
TOUJEO SOLOSTAR.....	94	TRUMENBA.....	39	VIRACEPT.....	85
TPN ELECTROLYTES.....	89	TRUVADA	83	VIREAD.....	83
TRACLEER	47	TURALIO	76	VITRAKVI.....	76
tramadol hcl.....	54	TWINRIX.....	39	VIVITROL	52
tramadol hcl er.....	54	TYBOST	82	VIZIMPRO.....	76
tramadol-acetaminophen	54	TYDEMY	32	voriconazole	70
trandolapril	12	TYKERB.....	76	VOSEVI	84

VOTRIENT.....	76	XPOVIO (100 MG ONCE		ZENPEP	23
VRAYLAR.....	81	WEEKLY).....	77	ZERBAXA	59
VYFEMLA.....	32	XPOVIO (60 MG ONCE		zidovudine	83, 84
VYLIBRA	32	WEEKLY).....	77	zileuton er	47
VYVANSE.....	44	XPOVIO (80 MG ONCE		ZIOPTAN	41
VYZULTA.....	41	WEEKLY).....	77	ziprasidone hcl.....	81
W		XPOVIO (80 MG TWICE		ZIRGAN	81
warfarin sodium.....	91	WEEKLY).....	77	ZOLINZA.....	77
WIXELA INHUB	50	XTANDI.....	77	zolmitriptan.....	14
X		XULANE.....	32	zolpidem tartrate	15
XALKORI.....	77	XULTOPHY	93	zolpidem tartrate er	15
XARELTO	91	XURIDEN	95	zonisamide.....	63
XARELTO STARTER PACK		XYREM.....	15	ZORTRESS	38
.....	91	Y		ZOSTAVAX.....	39
XATMEP	71	YF-VAX.....	39	ZOSYN.....	60
XELJANZ	36	YONSA	77	ZOVIA 1/35E (28)	32
XELJANZ XR.....	36	YUVAFEM	25	ZTLIDO.....	55
XGEVA.....	51	Z		ZYDELIG.....	77
XIFAXAN.....	57	zafirlukast	47	ZYFLO	47
XIIDRA	41	zaleplon	15	ZYKADIA	77
XOFLUZA	82	ZARAH	32	ZYLET	43
XOLAIR.....	47	ZARXIO.....	91	ZYPREXA RELPREVV	81
XOSPATA	77	ZEJULA	77	ZYTIGA	77
		ZELBORAF	77		

La discriminación es ilegal

Care N' Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care:

- Proporciona servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas que tienen un idioma nativo diferente del inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Care N' Care al 1-877-374-7993 (TTY: 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro.

Si considera que Care N' Care no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: Care N' Care, Attn: Appeals and Grievances, 1701 River Run, Suite 402, Fort Worth, TX 76107, 1-877-374-7993, (TTY 711), o por fax al 817-810-5214. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Apelaciones y Reclamos está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por teléfono o correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-374-7993 (TTY:711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-374-7993 (TTY:711)

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-374-7993 (ATS: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-374-7993 (телетайп: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-7993 (TTY:711)。

繁體中文(Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-877-374-7993 (TTY:711).まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1- 877-374-7993 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1-877-374-7993 (TTY:711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-374-7993 (TTY: 711).

عربي (Arabic):

مقرب لصتا. نأجل اب كل رفاوت ةيوجلل ةدعاسمل تامدخ نإف ،ةغلل ركذا ثدحت تنك اذإ :ةظوحم
1-877-374-7993 .(711:TTY)

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-374-7993 (TTY: 711).

سامت یسراف (Persian): یم مهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تلایهست ،دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب
رگا :هجوت اب .دشاب 1-877-374-7993 (TTY: 711). (711:دیریگب)

ह दिौ (Hindi): ध्यान दें: यदद आप ह दिौ बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-877-374-7993 (TTY: 711) पर कॉल करें।

وُدرُا (Urdu):

سے بایتسد سیم تفم تامدخ ی دم یک نابز وک پآ وت ،سے ملوب ودر
لاک سیرک 1-877-374-7993 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ
તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-374-7993 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laothian/Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີອ້ມໃຫ້ທ່ານ.
ໂທ 1-877-374-7993 (TTY: 711).

Este formulario fue actualizado el 12/13/2019. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, con el conserje de atención médica de Care N' Care Health Plan, al 1-877-374-7993 o, para los usuarios de TTY, al 711, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete (7) días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o visite www.cnchealthplan.com.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. A usted se le notificará al respecto cuando sea necesario. Care N' Care Insurance es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.