



Insurance Company, Inc.

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 9.

Este formulario fue actualizado el 2/25/2020. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, con el consejero 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 2/25/2020. 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 2/25/2020. 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 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, muéstresela 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 respalte 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 nuestro libro de Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

LA: Acceso limitado. El Acceso limitado al medicamento recetado puede estar disponible únicamente 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: Límite de cantidad. Un límite 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/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	
<i>GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG</i>	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG</i>	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG</i>	5	PA; NMO
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML</i>	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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/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 simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

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, 37.5 mg, 50 mg, 75 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
<i>CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG</i>	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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

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	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	
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
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG	2	
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	
<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	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	4	
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
<i>EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG</i>	4	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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	
<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 AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	4	PA
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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
<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
<i>DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML</i>	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>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
<i>EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG</i>	4	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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 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
<i>MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR</i>	2	
<i>NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %</i>	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		
<i>BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG</i>	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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
<i>NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 &28 MG</i>	3	NMO
<i>NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 &28 -10 MG</i>	3	NMO
<i>NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG</i>	3	
AGENTES CONTRA LA GOTA		
AGENTES CONTRA LA GOTA		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
AGENTES CONTRA LA MIGRAÑAA		
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
<i>MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG</i>	3	NMO
TRATAMIENTO PROFILÁCTICO		

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1	GC
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
<i>BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG</i>	4	NMO
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	3	NMO
<i>HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG</i>	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)
<i>SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG</i>	3	NMO
<i>XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML</i>	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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	
<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
<i>AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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 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
<i>ivermectin external cream 1 %</i>	4	NMO
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
KETODAN EXTERNAL FOAM 2 %	4	NMO
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	2	NMO
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	5	NMO
<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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
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
SKLICE EXTERNAL LOTION 0.5 %	4	NMO
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	1	NMO; GC
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	2	NMO
SULFAMYLYON 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 acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	NMO
<i>triamcinolone acetonide 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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	NMO
PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG	4	NMO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	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)		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	2	NMO
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>ranitidine hcl oral syrup 75 mg/5ml</i>	2	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	GC
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5ML	4	
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	NMO; GC
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	NMO; GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	NMO
<i>methscopolamine bromide oral tablet 2.5 mg, 5 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
ENZIMAS DIGESTIVAS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT	3	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
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	
INHIBIDIRES 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>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
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 suspension 1 gm/10ml</i>	3	
<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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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	
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>solifenacain 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>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	2	
<i>trospium 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	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	4	
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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 (ADRENIALES)		
GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES		
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
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
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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	
CAZIANT ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG	1	GC
CRYSELLE-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
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	GC
<i>drospirenen-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
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	3	
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	3	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	GC
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	GC
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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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	
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 ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	GC
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES INMUNIZADORES, PASIVOS		
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	5	BD; NMO
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, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	NMO
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	BD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	2	BD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	2	BD
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; NMO
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
ENVARSUS 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
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	2	BD
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	5	BD; NMO
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	2	BD
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	2	BD

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
<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
ENGERIX-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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	NMO
IPOP INJECTION INJECTABLE	3	NMO
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	3	NMO
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	3	NMO
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NMO
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	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
RABAVERT 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	NMO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	3	NMO

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
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	
<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	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
<i>RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %</i>	3	
<i>XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %</i>	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
<i>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %</i>	3	
<i>TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %</i>	3	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	3	
<i>VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %</i>	4	
<i>ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %</i>	4	
ANTIINFECCIOSOS OFTALMOLÓGICOS		
<i>AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %</i>	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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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>sulacetamide-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>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
AGENTES CONTRA LA FIBROMIALGIA		
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
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-dextroamphetamine 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	

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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)
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO		
AGENTES CONTRA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	5	PA; NMO
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	5	PA; NMO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	NMO
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG	5	PA; NMO
AGENTES NASALES		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	2	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 PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NMO
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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
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
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		
montelukast sodium oral packet 4 mg	2	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	1	GC
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	1	GC
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	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
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	5	PA; NMO
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	5	PA; NMO
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NMO
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	5	PA; LA; NMO
ANTIHISTAMÍNICOS		
<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
<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</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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	3	
BRONCODILATADORES, ANTOCOLINÉRGICOS		
<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
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), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</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, 2.5 mg/0.5ml</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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH	3	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 er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	3	
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
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	
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

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
AGENTES PARA TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
AGENTES DE CESACIÓN DE TABAQUISMO		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	1	NMO; GC
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1	GC
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	3	NMO
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	3	NMO
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		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	1	GC
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	1	NMO; GC
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5	NMO
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg	2	NMO; QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	4	NMO
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	3	NMO; QL (8 EA per 28 days)
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 7.5 MCG/HR	3	NMO; QL (8 EA 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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)
<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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	4	NMO; QL (1920 ML per 30 days)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
hydromorphone hcl oral tablet 8 mg	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	3	NMO; QL (600 ML per 30 days)
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml	2	NMO; QL (3600 ML per 30 days)
morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml	2	NMO; QL (2700 ML per 30 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	4	NMO; QL (360 ML per 30 days)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	4	NMO; QL (1080 ML per 30 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
oxycodone hcl oral tablet 20 mg, 30 mg	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	3	NMO; QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	3	NMO; QL (240 EA per 30 days)
oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg	3	NMO; QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-ibuprofen oral tablet 5-400 mg	3	NMO; QL (240 EA per 30 days)
oxymorphone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	4	NMO; QL (180 EA per 30 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	1	NMO; GC; QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	1	NMO; GC; QL (360 EA per 30 days)

ANALGÉSICOS OPIOIDES, EFECTO PROLONGADO

fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	3	NMO; QL (10 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 87.5 mcg/hr	4	NMO; QL (10 EA per 30 days)
hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant 12 mg, 16 mg, 8 mg	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant 32 mg	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml	2	NMO; QL (1800 ML per 30 days)
methadone hcl oral solution 5 mg/5ml	2	NMO; QL (3600 ML per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg	3	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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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		
<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
<i>ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %</i>	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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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		
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	4	NMO
<i>ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML</i>	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
<i>TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG</i>	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
<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
<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
XENLETA ORAL TABLET 600 MG	4	NMO
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	NMO
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	
BETALACTAMASA, CEFALOSPORINAS		

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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>ceftazidime oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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 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
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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, 3 (2-1) gm</i>	4	NMO
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	4	NMO
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 in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/50ml</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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
<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>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	NMO; GC
TETRACICLINAS		
<i>demeclacycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NMO
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	4	NMO
<i>doxycycline hyolate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>doxycycline hyolate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	NMO
<i>doxycycline hyolate oral tablet delayed release 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	NMO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NMO
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	4	NMO
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	NMO; GC
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NMO
VIBRAMYCIN ORAL SYRUP 50 MG/5ML	4	NMO
ANTICONVULSIVOS		
AGENTES DE LOS CANALES DE SODIO		
APTIOM ORAL TABLET 200 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
APTIOM 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)
<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
<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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
AGENTES QUE AUMENTAN EL ÁCIDO GAMA-AMINOBUTÍRICO (GABA)		
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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	
<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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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)
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
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	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		
<i>EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	2	
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA/NOREPINEFRINA		
<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	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<i>TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG</i>	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	
<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
<i>TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS</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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	2	NMO
COMPLEMENTOS DE TERAPIA EMETOGÉNICA		
<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)
<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		
<i>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML</i>	5	BD; NMO
<i>AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG</i>	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
<i>ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG</i>	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	NMO
ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	4	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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	NMO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	3	NMO
AGENTES ANTIANGIOGÉNICOS		
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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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)
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)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; NMO; QL (120 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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA; NMO
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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)
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
TAGRISSO 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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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)
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)
ZELBORA 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 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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ANTIHelmínticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	NMO
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	4	NMO
<i>EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG</i>	3	NMO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	NMO
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	4	NMO
Antiprotozoarios		
<i>ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML</i>	4	NMO
<i>ALINIA ORAL TABLET 500 MG</i>	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	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	4	NMO
<i>DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG</i>	5	NMO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG</i>	4	BD; NMO
<i>PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG</i>	4	NMO
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	4	BD; NMO
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	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>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	2	
<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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
<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>lozapine 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

ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	NMO
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	NMO
ABILITY MYCITE ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ABILITY MYCITE ORAL TABLET 2 MG, 5 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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	4	QL (750 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	NMO
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg	4	NMO
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	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
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	4	NMO
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	GC
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	3	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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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 ER 12.5 MG, 25 MG	4	NMO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 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)		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
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		
<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)

Para mas informacion sobre los simblos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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)
<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)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	4	NMO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	4	NMO
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS		
BARACLUDÉ 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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISOTOS/LIMITES
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	5	PA; NMO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NMO
AGENTES CONTRA 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)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	3	QL (450 EA per 30 days)
CRIXIVAN 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)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	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)
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
deferasirox oral tablet 360 mg, 90 mg	5	PA; NMO
deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg	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
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	NMO
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gm/60ml	2	NMO
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	2	NMO
trientine hcl oral capsule 250 mg	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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
REEMPLAZO DE ELECTROLITOS/MINERALES		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	5	NMO
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 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-%-%, 20-5-0.45 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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	3	NMO
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	3	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML	5	PA; LA; NMO
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 284 MG/1.5ML	5	PA; LA; NMO
PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPANSORES 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 DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 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 UNT/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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
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
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<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
<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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	3	NMO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5ML	4	
SOLIQUA 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 PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 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	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
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

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
 Formulario ID: 20202, Version 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	PA; NMO
<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 9 Fecha en que se actualizo 02/25/2020 Efectivo 03/01/2020

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	53
acetaminophen-codeine #3....	53
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.....	78
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	14, 77
almotriptan malate.....	14
alosetron hcl	22
ALPHAGAN P.....	40
alprazolam	55
alprazolam er	55
ALTAVERA	27
ALUNBRIG	71, 72
alyacen 1/35.....	27
amantadine hcl.....	3

AMBISOME	69
ambrisentan	47
amcinonide	16
AMETHIA.....	27
AMETHIA LO	27
amikacin sulfate.....	56
amiloride hcl.....	11
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,	
60	
amoxicillin-pot clavulanate er 59	
amphetamine-dextroamphet er	
44	
amphetamine-	
dextroamphetamine	44
amphotericin b	69
ampicillin.....	60
ampicillin sodium	60
ampicillin-sulbactam sodium .60	
ANADROL-50	32
anagrelide hcl	90
anastrozole.....	77
ANDRODERM	27
APOKYN	3
apraclonidine hcl	41
aprepitant	69
APRI.....	27
APRISO.....	50
APTIOM.....	62, 63
APTIVUS	85
ARANELLE	27
ARCALYST	36

ARIKAYCE	56
aripiprazole	80
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	45
atorvastatin calcium	9
atovaquone	78
atovaquone-proguanil hcl	78
ATRIPLA	85
atropine sulfate	41
AUBAGIO	44
AUBRA	28
AURYXIA	24
AUSTEDO	45
AVIANE	28
AVONEX PEN	44
AVONEX PREFILLED	44
AZACTAM	59
AZASAN	36
AZASITE	41
azathioprine	36
azelaic acid	16
azelastine hcl	40, 46
azithromycin	61
AZOPT	40
aztreonam	59
B	
bacitracin	41
bacitracin-polymyxin b.....	41
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	
42	
baclofen	94
balsalazide disodium	50

BALVERSA	72
BALZIVA	28
BANZEL	63
BARACLUE	84
bcg vaccine	38
BECONASE AQ	46
BELSOMRA	15
benazepril hcl	11
benazepril-hydrochlorothiazide	8
BENLYSTA	36, 37
benznidazole	78
benzoyl peroxide-erythromycin	16
benztropine mesylate	4
BEPREVE	40
BESIVANCE	42
betamethasone dipropionate	16, 17
betamethasone dipropionate aug	16
betamethasone valerate	17
BETASERON	44
betaxolol hcl	40
bethanechol chloride	25
bexarotene	72
BEXSERO	38
bicalutamide	72
BICILLIN C-R	60
BICILLIN C-R 900/300	60
BICILLIN L-A	60
BIDIL	12
BIKTARVY	85
bimatoprost	41
bisoprolol fumarate	4
bisoprolol-hydrochlorothiazide	8
BLEPHAMIDE	42
BLEPHAMIDE S.O.P.	42
BLISOVI 24 FE	28
BLISOVI FE 1.5/30	28
BOOSTRIX	38
bosentan	47
BOSULIF	72
BRAFTOVI	72
BREO ELLIPTA	49
briellyn	28
BRILINTA	90
brimonidine tartrate	40
BRIVIACT	63
bromfenac sodium (once-daily)	40

bromocriptine mesylate	3
BROMSITE	40
BRUKINSA	72
budesonide	26, 48
budesonide er	26
bumetanide	11
buprenorphine	52
buprenorphine hcl	52
buprenorphine hcl-naloxone hcl	52
bupropion hcl	66
bupropion hcl er (smoking det)	52
bupropion hcl er (sr)	66
bupropion hcl er (xl)	52, 66
buspirone hcl	55
butalbital-apap-caff-cod	53
butalbital-apap-caffeine	53
butalbital-asa-caff-codeine	53
butalbital-aspirin-caffeine	53
butorphanol tartrate	53
BUTRANS	52
BYSTOLIC	4
C	
cabergoline	35
CABLIVI	90
CABOMETYX	72
calcipotriene	17
calcipotriene-betameth diprop	17
calcitonin (salmon)	51
calcitriol	17, 51
calcium acetate (phos binder)	24, 25
CALQUENCE	72
CAMILA	28
CAMRESE LO	28
candesartan cilexetil	7
candesartan cilexetil-hctz	8
CAPEX	17
CAPRELSA	72
captopril	11
captopril-hydrochlorothiazide	8
CARAFATE	24
CARBAGLU	88
carbamazepine	12, 63
carbamazepine er	63
carbidopa-levodopa	3
carbidopa-levodopa er	3
carbidopa-levodopa-entacapone	3

carbinoxamine maleate	48
CARDURA XL	24
carteolol hcl	40
CARTIA XT	5
carvedilol	5
carvedilol phosphate er	5
caspofungin acetate	69
CAYSTON	59
CAZIANT	28
cefaclor	58
cefaclor er	58
cefadroxil	58
cefazolin sodium	58
cefdinir	58
cefepime hcl	58
cefixime	58
cefotetan disodium	58
cefoxitin sodium	58
cefpodoxime proxetil	58
cefprozil	58
ceftazidime	58
ceftriaxone sodium	58
cefuroxime axetil	58
cefuroxime sodium	58
celecoxib	2
CELONTIN	63
cephalexin	59
cetirizine hcl	48
cevimeline hcl	15
CHANTIX	52
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	52
CHANTIX STARTING MONTH PAK	52
CHEMET	86
chlordiazepoxide hcl	55
chlordiazepoxide-amitriptyline	78
chlorhexidine gluconate	15
chloroquine phosphate	78
chlorothiazide	11
chlorpromazine hcl	78
chlorthalidone	11
chlorzoxazone	95
cholestyramine	10
cholestyramine light	10
ciclopirox	17
ciclopirox olamine	17
cilostazol	90
CIMDUO	83

cimetidine	22
cimetidine hcl	22
cinacalcet hcl	51
CINRYZE.....	89
CIPRODEX.....	43
ciprofloxacin hcl.....	42, 43, 61
ciprofloxacin in d5w.....	61
ciprofloxacin-fluocinolone pf.	43
citalopram hydrobromide	67
CLARAVIS.....	17
clarithromycin	61
clarithromycin er	61
clemastine fumarate.....	48
CLENPIQ.....	23
CLEOCIN.....	25
CLIMARA PRO.....	32
clindamycin hcl	56
clindamycin palmitate hcl	56
clindamycin phos-benzoyl perox	
.....	17
clindamycin phosphate....	17, 25,
57	
clindamycin phosphate in d5w	
.....	56
CLINIMIX E/DEXTROSE	
(2.75/5)	87
CLINIMIX E/DEXTROSE	
(4.25/10)	87
CLINIMIX E/DEXTROSE	
(4.25/5)	87
CLINIMIX E/DEXTROSE	
(5/15)	87
CLINIMIX E/DEXTROSE	
(5/20)	87
CLINIMIX/DEXTROSE	
(4.25/10)	87
CLINIMIX/DEXTROSE	
(4.25/5)	87
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
.....	87
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
.....	87
CLINISOL SF	87
clobazam.....	65
clobetasol propionate.....	17, 18
clobetasol propionate e.....	17
clobetasol propionate emulsion	
.....	17
clomipramine hcl.....	68
clonazepam.....	65, 66

clonidine	7
clonidine hcl	7
clonidine hcl er	45
clopидogrel bisulfate	90
clorazepate dipotassium	56
clotrimazole	16, 18
clotrimazole-betamethasone ..	18
clozapine.....	80
COARTEM	78
codeine sulfate	53
colchicine.....	14
colchicine-probenecid	14
colesevelam hcl	10
colestipol hcl.....	10
colistimethate sodium (cba)....	57
COMBIGAN	40
COMBIPATCH.....	33
COMBIVENT RESPIMAT ...	49
COMETRIQ (100 MG DAILY	
DOSE)	72
COMETRIQ (140 MG DAILY	
DOSE)	72
COMETRIQ (60 MG DAILY	
DOSE)	72
COMFORT ASSIST INSULIN	
SYRINGE.....	91
COMPLERA	85
COMPROM	79
CONDYLOX.....	18
constulose	23
COPIKTRA	72
CORLANOR	6
cortisone acetate	26
CORTISPORIN.....	18
COSENTYX (300 MG DOSE)	
.....	18
COSENTYX SENSOREADY	
(300 MG).....	18
COTELLIC.....	72
CREON	23
CRIXIVAN	85
cromolyn sodium	21, 40, 46
CRYSELLE-28	28
CUVPOSA	22
cvs gauze sterile.....	91
CYCLAFEM 1/35	28
CYCLAFEM 7/7/7	28
cyclobenzaprine hcl.....	95
cyclophosphamide	70
CYCLOSET	91
cyclosporine.....	37
cyclosporine modified	37
cyproheptadine hcl.....	48
CYRED.....	28
CYSTADANE.....	95
CYSTAGON	24
CYSTARAN.....	42
D	
dalfampridine er.....	44
DALIRESP	50
danazol.....	27
dantrolene sodium	95
dapsone	70
DAPTACEL	38
daptomycin	57
DARAPRIM	78
darifenacin hydrobromide er ..	25
DAURISMO	72
DAYTRANA.....	45
DEBLITANE.....	28
deferasirox	86
DELSTRIGO.....	85
demeclocycline hcl	62
DEM SER.....	4
DENAVIR	18
DEPEN TITRATABS	86
DEPO-ESTRADIOL	33
DEPO-PROVERA.....	72
DESCOVY	83
desipramine hcl.....	68
desmopressin ace spray refrig	34
desmopressin acetate	34
desogestrel-ethinyl estradiol..	28
desonide	18
desoximetasone.....	18
desvenlafaxine er	67
desvenlafaxine succinate er	67
dexamethasone	26
DEXAMETHASONE	
INTENSOL.....	26
dexamethasone sodium	
phosphate	42
DEXILANT	23
dextroamphetamine sulfate....	44
dextroamphetamine sulfate er.	44
dextrose	87
dextrose-nacl.....	88
DIASTAT ACUDIAL	66
DIASTAT PEDIATRIC	66
diazepam.....	56, 66

diclofenac potassium	2
diclofenac sodium	2, 18, 42
diclofenac sodium er	2
diclofenac-misoprostol	2
dicloxacillin sodium	60
dicyclomine hcl	22
didanosine.....	83
DIFICID	61
diflorasone diacetate.....	18
dilunisal.....	2
DIGITEK.....	6
DIGOX.....	6
digoxin.....	6
dihydroergotamine mesylate ..	14
DILANTIN.....	63
diltiazem hcl	5
diltiazem hcl er	5
diltiazem hcl er beads	5
diltiazem hcl er coated beads ...	5
dilt-xr.....	5
diphenoxylate-atropine....	21, 22
diphtheria-tetanus toxoids dt..	38
dipyridamole.....	90
disopyramide phosphate.....	7
disulfiram	52
DIURIL	11
divalproex sodium	15, 64
divalproex sodium er	64
DIVIGEL.....	33
dofetilide.....	7
donepezil hcl	13
dorzolamide hcl	40
dorzolamide hcl-timolol mal ..	40
dorzolamide hcl-timolol mal pf	40
DOVATO.....	83
doxazosin mesylate	4
doxepin hcl	15, 68
doxercalciferol.....	51
DOXY 100	62
doxycycline hyclate.....	62
doxycycline monohydrate	62
DRIZALMA SPRINKLE.....	67
dronabinol.....	69
drospirene-eth estrad-levomefol	28
drospirenone-ethinyl estradiol	28
DROXIA	71
DUAVEE	33
duloxetine hcl	67
duramorph	53
DUREZOL	42
dutasteride	24
dutasteride-tamsulosin hcl	24
DYMISTA.....	46
E	
econazole nitrate.....	18
EDARBI	11
EDARBYCLOR	8
EDURANT	82
efavirenz	82
eletriptan hydrobromide	14
ELIGARD	72
ELIQUIS	90
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	90
ELMIRON.....	24
ELURYNG.....	28
EMCYT	72
EMOQUETTE.....	28
EMSAM	66
EMTRIVA.....	83
EMVERM	78
enalapril maleate.....	11
enalapril-hydrochlorothiazide ..	8
ENBREL	37
ENBREL MINI	37
ENBREL SURECLICK	37
ENDARI.....	89
ENGERIX-B	38
enoxaparin sodium	90
ENPRESSE-28	28
ENSKYCE.....	28
entacapone	3
entecavir	84
ENTRESTO.....	7
enulose.....	23
ENVARSUS XR	37
EPIDIOLEX	65
epinastine hcl	40
epinephrine	89
EPITOL	63
EPIVIR HBV.....	83
eplerenone	11
eprosartan mesylate	7
EQUETRO	80
ERAXIS.....	69
ergoloid mesylates	45
ERIVEDGE	72
ERLEADA	72
erlotinib hcl.....	73
ERRIN	28
ertapenem sodium.....	59
ery	18
ERY-TAB	61
ERYTHROCIN	
LACTOBIONATE	61
ERYTHROCIN STEARATE.	61
erythromycin.....	18, 42
erythromycin base	61
erythromycin ethylsuccinate..	61
ESBRIET	46
escitalopram oxalate	67
esomeprazole magnesium.....	23
ESTARYLLA.....	28
estradiol	25, 33
estradiol valerate.....	33
estradiol-norethindrone acet ..	33
ESTRING	25
eszopiclone	15
ethacrynic acid.....	11
ethambutol hcl	70
ethosuximide.....	63
ethynodiol diac-eth estradiol ..	29
etodolac.....	2
etodolac er	2
etonogestrel-ethinyl estradiol	29
EURAX	18
EVAMIST	33
everolimus	73
EVOTAZ	83
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE	91
exemestane	77
ezetimibe.....	10
F	
FALMINA.....	29
famciclovir.....	86
famotidine	22
FANAPT	80
FANAPT TITRATION PACK	80
FARYDAK	73
FASENRA	46
FASENRA PEN	46
febuxostat	14
felbamate	64
felodipine er.....	6
FEMRING	25
FEMYNOR.....	29

fenofibrate	9
fenofibrate micronized	9
fenofibric acid	9
fentanyl.....	54
fentanyl citrate.....	53
FERRIPROX	86
FETZIMA	67
FETZIMA TITRATION	67
FIASP	93
FIASP FLEXTOUCH	93
FIASP PENFILL	93
finasteride	24
FIRAZYR.....	89
FIRDAPSE	89
FIRMAGON.....	73
FIRVANQ.....	57
FLAREX	42
FLEBOGAMMA DIF	36
flecainide acetate	7
FLOVENT DISKUS	48
FLOVENT HFA.....	49
fluconazole	69
fluconazole in sodium chloride	69
flucytosine	69
fludrocortisone acetate	26
flunisolide.....	46
fluocinolone acetonide	18, 19, 43
fluocinolone acetonide scalp ..	19
fluocinonide.....	19
fluocinonide emulsified base..	19
fluorometholone	42
fluorouracil	19
fluoxetine hcl.....	67
fluphenazine decanoate	79
fluphenazine hcl	79
flurazepam hcl	15
flurbiprofen.....	2
flurbiprofen sodium.....	42
flutamide.....	73
fluticasone propionate	19, 46
fluticasone-salmeterol	49
fluvastatin sodium	10
fluvastatin sodium er	10
fluvoxamine maleate	67
fluvoxamine maleate er	67
fondaparinux sodium.....	90
FORTEO	51
fosamprenavir calcium	85
fosinopril sodium.....	12
fosinopril sodium-hctz.....	9
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.....	42
GATTEX	22
GAVILYTE-C	23
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK	23
gemfibrozil	9
generlac	23
GENGRAF	37
gentamicin in saline.....	56
gentamicin sulfate.....	19, 42, 56
GENVOYA	86
GEODON	80
GIANVI.....	29
GILENYA	44
GILOTrif	73
glatiramer acetate	44
GLEOSTINE	71
glimepiride.....	91
glipizide	92
glipizide er	92
glipizide-metformin hcl.....	92
global alcohol prep ease	92
GLUCAGEN HYPOKIT	93
GLUCAGON EMERGENCY	93
glycopyrrolate.....	22
GOCOVRI.....	3
GOLYTELY.....	23
gransitron 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.....	54
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	J	KURVELO	29
imipramine pamoate	68	JAKAFI	KUVAN.....	88, 95
imiquimod	19	JANTOVEN	L	
IMOVAX RABIES	38	JANUMET	labetalol hcl	5
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	25	JANUMET XR.....	lactulose.....	23
IMVEXXY STARTER PACK	25	JANUVIA.....	LAMICTAL XR.....	64
INBRIJA.....	3	JARDIANCE.....	lamivudine	83
INCASSIA	29	JASMIEL.....	lamivudine-zidovudine	83
INCRELEX	34	JINTELI.....	lamotrigine	64
indapamide	11	JUBLIA	lamotrigine er.....	64
indomethacin	2	JULEBER	lamotrigine starter kit-blue	64
indomethacin er	2	JULUCA.....	lamotrigine starter kit-green	64
INFANRIX.....	39	JUNEL 1.5/30.....	lamotrigine starter kit-orange	65
INLYTA	73	JUNEL 1/20.....	lansoprazole	23
INREBIC.....	73	JUNEL FE 1.5/30.....	LANTUS	93
INTELENCE.....	82	JUNEL FE 1/20.....	LANTUS SOLOSTAR.....	93
INTRALIPID	87	JUXTAPID	LARIN 1.5/30.....	29
INTRAROSA	25	K	LARIN 1/20.....	29
INTRON A.....	73	KAITLIB FE	LARIN FE 1.5/30	29
INTROVALE	29	KALETRA	LARIN FE 1/20	29
INVEGA SUSTENNA.....	80	KALYDECO	LARISSIA	29
INVEGA TRINZA.....	80	KARIVA	latanoprost	41
INVIRASE	85	KATERZIA	LATUDA.....	80
INVOKAMET	92	kcl in dextrose-nacl	LEENA.....	29
INVOKAMET XR	92	kcl-lactated ringers-d5w	leflunomide	36
INVOKANA	92	KELNOR 1/35.....	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	74
IONOSOL-MB IN D5W	88	KELNOR 1/50.....	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	74
IPOP	39	ketoconazole.....	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	74
ipratropium bromide.....	46, 49	KETODAN.....	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	74
ipratropium-albuterol	49	ketoprofen	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	74
irbesartan	7	ketoprofen er.....	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	74
irbesartan-hydrochlorothiazide.	9	ketorolac tromethamine	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	74
IRESSA	73	KINRIX	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	74
ISENTRESS	84	KIONEX.....	LESSINA.....	29
ISENTRESS HD	84	KISQALI (200 MG DOSE)	letrozole	77
ISIBLOOM.....	29	KISQALI (400 MG DOSE)	leucovorin calcium	74
ISOLYTE-P IN D5W	88	KISQALI (600 MG DOSE)	LEUKERAN.....	71
ISOLYTE-S.....	88	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	LEUKINE.....	91
isoniazid	70	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	leuprolide acetate	74
isosorbide dinitrate	12	KLOR-CON(200 MG DOSE)	levalbuterol hcl	49
isosorbide mononitrate	12	KLOR-CON	LEVEMIR	94
isosorbide mononitrate er	12	KLOR-CON 10	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	94
isotretinoin.....	19	KLOR-CON M10.....		
isradipine	6	KLOR-CON M15.....		
itraconazole	70	KLOR-CON M20.....		
ivermectin.....	19, 78	KLOR-CON SPRINKLE		
IXIARO.....	39	KORLYM.....		

levetiracetam	65
levetiracetam er	65
levobunolol hcl.....	40
levocarnitine	95
levocetirizine dihydrochloride	48
levofloxacin.....	42, 62
levofloxacin in d5w	61
LEVONEST	29
levonorgest-eth estrad 91-day	30
levonorgestrel-ethinyl estrad ..	30
levonorg-eth estrad triphasic ..	30
LEVORA 0.15/30 (28).....	30
LEVO-T	34
levothyroxine sodium.....	34
LEVOXYL.....	34
LEXIVA.....	85
lidocaine	55
lidocaine hcl	55
lidocaine hcl urethral/mucosal	55
lidocaine viscous hcl	16
lidocaine-prilocaine.....	55
linezolid.....	57
LINZESS.....	22
liothyronine sodium.....	34
lisinopril	12
lisinopril-hydrochlorothiazide..	9
lithium	13
lithium carbonate.....	13
lithium carbonate er.....	13
LIVALO	10
LO LOESTRIN FE.....	30
LOKELMA	86
LONSURF.....	74
loperamide hcl	22
lopinavir-ritonavir	85
lorazepam	56
LORBRENA	74
LORYNA	30
losartan potassium	7
losartan potassium-hctz	9
LOTEMAX	43
LOTEMAX SM.....	43
loteprednol etabonate	43
lovastatin	10
LOW-OGESTREL	30
loxapine succinate	79
LUMIGAN	41
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	75

LUPRON DEPOT (3-MONTH)	75
.....	35, 75
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	75
.....	75
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	75
.....	75
LUTERA	30
LYNPARZA.....	75
LYSODREN.....	75
LYZA	30
M	
magnesium sulfate	88
malathion	20
maprotiline hcl.....	66
marlissa.....	30
MARPLAN	66
MATULANE.....	75
MATZIM LA	6
MAYZENT	44
meclizine hcl.....	68
medroxyprogesterone acetate	30,
33	
mefloquine hcl	78
megestrol acetate	33, 75
MEKINIST	75
MEKTOVI.....	75
meloxicam	2
memantine hcl	13
memantine hcl er	13
MENACTRA.....	39
MENEST	33
MENVEO.....	39
mercaptopurine.....	71
meropenem	59
mesalamine	50
mesalamine er	50
MESNEX.....	77
metaxalone.....	95
metformin hcl	92
metformin hcl er	92
methadone hcl.....	54
methazolamide.....	11
methenamine hippurate	57
methimazole	35
methocarbamol	95
methotrexate	71
methotrexate sodium	71
methotrexate sodium (pf)	71
methoxsalen rapid.....	20
methscopolamine bromide	22

methylphenidate hcl.....	45
methylphenidate hcl er	45
methylphenidate hcl er (cd)	45
methylphenidate hcl er (la)	45
methylprednisolone	26
metoclopramide hcl	22
metolazone.....	11
metoprolol succinate er.....	5
metoprolol tartrate	5
metoprolol-hydrochlorothiazide	9
.....
metronidazole	20, 25, 57
metronidazole in nacl	57
mexiletine hcl	7
miconazole 3.....	25
MICROGESTIN 1.5/30.....	30
MICROGESTIN 1/20.....	30
MICROGESTIN FE 1.5/30	30
MICROGESTIN FE 1/20.....	30
midodrine hcl.....	7
MIGERGOT	14
miglitol	92
miglustat	95
MILI	30
MILLIPRED	26
MINITRAN	12
minocycline hcl	62
minocycline hcl er	62
minoxidil.....	12
mirtazapine	66
misoprostol	24
M-M-R II	39
modafinil.....	15
moexipril hcl.....	12
molindone hcl	79
mometasone furoate.....	20, 46
montelukast sodium	47
morphine sulfate	54
morphine sulfate (concentrate)	54
.....
morphine sulfate er	54, 55
MOVANTIK	22
MOXEZA	42
moxifloxacin hcl.....	42, 62
moxifloxacin hcl in nacl	62
MULTAQ	8
mupirocin.....	20
mupirocin calcium	20
MYCAMINE	70
mycophenolate mofetil	37

mycophenolate sodium.....	37
MYRBETRIQ	25
N	
nabumetone	2
nadolol.....	5
nafcillin sodium.....	60
naftifine hcl	20
naloxone hcl	53
naltrexone hcl	52
NAMENDA XR TITRATION PACK	13
NAMZARIC.....	13
naproxen.....	2
naproxen dr.....	2
naproxen sodium	2
naratriptan hcl.....	14
NARCAN.....	53
NATACYN	42
nateglinide	92
NATPARA	51
NAYZILAM.....	66
NEBUPENT	78
NECON 0.5/35 (28)	30
nefazodone hcl.....	66
neomycin sulfate	56
neomycin-bacitracin zn- polymyx.....	42
neomycin-polymyxin-dexameth	43
neomycin-polymyxin- gramicidin.....	42
neomycin-polymyxin-hc	43
NEPHRAMINE.....	87
NERLYNX.....	75
NEUPRO.....	4
nevirapine	82
nevirapine er.....	82
NEXAVAR	75
niacin er (antihyperlipidemic)	10
NIACOR.....	10
nicardipine hcl	6
NICOTROL.....	52
nifedipine er.....	6
nifedipine er osmotic release....	6
NIKKI.....	30
nilutamide.....	75
nimodipine.....	6
NINLARO.....	75
nisoldipine er	6
NITRO-BID	12
nitrofurantoin.....	57
nitrofurantoin macrocrystal ...	57
nitrofurantoin monohyd macro	57
nitroglycerin	12
nizatidine	22
NORA-BE	30
norethrin ace-eth estrad-fe	30
norethindrone.....	30
norethindrone acetate	33
norethindrone acet-ethynil est	30
norethindrone-eth estradiol....	33
norethin-eth estradiol-fe	31
norgestimate-eth estradiol	31
norgestim-eth estrad triphasic	31
NORMOSOL-M IN D5W.....	88
NORMOSOL-R IN D5W.....	88
NORMOSOL-R PH 7.4	88
NORPACE CR	8
NORTHERA	89
NORTREL 0.5/35 (28).....	31
NORTREL 1/35 (21).....	31
NORTREL 1/35 (28).....	31
NORTREL 7/7/7	31
nortriptyline hcl	68
NORVIR.....	85
NOVOLIN 70/30.....	94
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	94
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	94
NOVOLIN N.....	94
NOVOLIN R	94
NOVOLOG	94
NOVOLOG FLEXPEN.....	94
NOVOLOG MIX 70/30	94
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	94
NOVOLOG PENFILL	94
NOXAFIL	70
NUBEQA	75
NUCALA	46, 47
NUEDEXTA	90
NUPLAZID	80
nutrilipid	87
NUVARING.....	31
NYAMYC	20
nystatin	16, 20, 70
nystatin-triamcinolone.....	20
NYSTOP	20
O	
OCELLA	31
octreotide acetate	35
ODEFSEY	86
ODOMZO.....	75
OFEV.....	46
ofloxacin	42, 43
OGESTREL.....	31
olanzapine	80
olanzapine-fluoxetine hcl	81
olmesartan medoxomil	7
olmesartan medoxomil-hctz	9
olmesartan-amlodipine-hctz	9
olopatadine hcl.....	40, 46
omega-3-acid ethyl esters	10
omeprazole	23
OMNITROPE	34
ondansetron	69
ondansetron hcl.....	69
OPSUMIT	47
ORAVIG.....	70
ORFADIN	95
ORILISSA	34
ORKAMBI	47
orphenadrine citrate er	95
ORSYTHIA	31
oseltamivir phosphate	82
OSPHENA.....	27
oxacillin sodium	60
oxacillin sodium in dextrose..	60
oxandrolone	32
oxaprozin	2
oxazepam	56
oxcarbazepine	63, 65
oxiconazole nitrate.....	20
OXTELLAR XR	63
oxybutynin chloride	25
oxybutynin chloride er	25
oxycodone hcl.....	54
oxycodone hcl er	55
oxycodone-acetaminophen	54
oxycodone-aspirin	54
oxycodone-ibuprofen.....	54
oxymorphone hcl	54
OZEMPIK (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	92
OZEMPIK (1 MG/DOSE).....	92
P	
PACERONE	8
paliperidone er	81

PANRETIN	20
pantoprazole sodium	23
paricalcitol.....	51
paromomycin sulfate	56
paroxetine hcl	67
paroxetine hcl er	67
paroxetine mesylate.....	67
PASER	70
PAXIL	67
PAZEO	40
PEDIARIX	39
PEDVAX HIB	39
peg 3350/electrolytes.....	23
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...	24
peg-3350/electrolytes	24
PEGANONE	63
PEGASYS	85
PEGASYS PROCLICK	85
penicillin g pot in dextrose	60
penicillin g potassium.....	60
penicillin g procaine	60
penicillin g sodium	60
penicillin v potassium.....	60
PENTAM	78
pentamidine isethionate	78
pentoxifylline er	7
perindopril erbumine	12
permethrin	20
perphenazine.....	79
perphenazine-amitriptyline....	79
PERSERIS.....	81
phenelzine sulfate.....	66
phenobarbital.....	65
phenytoin.....	63
phenytoin sodium extended....	63
PHOSPHOLINE IODIDE.....	41
PICATO	20
PIFELTRO	83
pilocarpine hcl	16, 41
pimecrolimus	20
pimozide	79
PIMTREA	31
pindolol.....	5
pioglitazone hcl	92
pioglitazone hcl-glimepiride ..	92
pioglitazone hcl-metformin hcl	92
piperacillin sod-tazobactam so60	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	75
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	75
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	75
PIRMELLA 1/35	31
piroxicam.....	3
PLASMA-LYTE 148	89
PLASMA-LYTE A	89
PLENAMINE.....	87
podofilox	20
polymyxin b sulfate	57
polymyxin b-trimethoprim	42
POMALYST	75
PORTIA-28	31
posaconazole	70
potassium chloride.....	89
potassium chloride crys er	89
potassium chloride er.....	89
potassium chloride in dextrose	89
potassium chloride in nacl.....	89
potassium citrate er.....	24
PRADAXA.....	91
PRALUENT	10
pramipexole dihydrochloride ...4	
pramipexole dihydrochloride er4	
prasugrel hcl	90
pravastatin sodium.....	10
praziquantel	78
prazosin hcl.....	4
prednicarbate	20
prednisolone	26
prednisolone acetate	43
prednisolone sodium phosphate	26, 43
prednisone	26
PREDNISONE INTENSOL...26	
preferred plus insulin syringe .92	
PREFEST	33
pregabalin	63
PREMARIN	25, 33
PREMASOL.....	87
PREMPHASE	33
PREMPRO	33
prenatal	89
PREVIFEM	31
PREZCOBIX.....	83
PREZISTA	85
PRIFTIN	70
primaquine phosphate.....	78
primidone.....	65
PROAIR HFA	49
PROAIR RESPICLICK.....	49
probenecid	14
PROCALAMINE	87
prochlorperazine	79
prochlorperazine maleate.....	79
PROCTO-MED HC.....	20
PROCTOSOL HC	20
PROCTOZONE-HC	20
progesterone micronized	34
PROGLYCEM	93
PROGRAF.....	38
PROLASTIN-C	47
PROLENSA	41
PROLIA.....	51
PROMACTA	91
promethazine hcl	48
promethazine-phenylephrine ..	48
propafenone hcl	8
propafenone hcl er	8
proparacaine hcl.....	55
propranolol hcl.....	5
propranolol hcl er	5
propylthiouracil	36
PROQUAD	39
PROSOL	87
protriptyline hcl	68
PULMOZYME	47
PURIXAN	71
PYLERA.....	22
pyrazinamide	70
pyridostigmine bromide.....	3
pyridostigmine bromide er	3
Q	
QUADRACEL	39
quetiapine fumarate	81
quetiapine fumarate er	81
quinapril hcl.....	12
quinapril-hydrochlorothiazide ..	9
quinidine gluconate er	8
quinidine sulfate	8
quinine sulfate	78
R	
RABAVERT	39
rabeprazole sodium.....	23
raloxifene hcl	27
ramipril	12
ranitidine hcl	22
ranolazine er	7

rasagiline mesylate	4
RAVICTI.....	95
RECLIPSEN.....	31
RECOMBIVAX HB	39
RECTIV	21
REGRANEX	21
RELENZA DISKHALER	82
RELI-ON INSULIN SYRINGE	93
repaglinide.....	93
REPATHA	10
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	10
REPATHA SURECLICK	10
RESCRIPTOR.....	83
RESTASIS	41
RETACRIT	91
REVLIMID	71
REXULTI.....	81
REYATAZ	85
ribavirin	84
rifabutin	70
RIFAMATE	70
rifampin	70
RIFATER	70
riluzole.....	45
rimantadine hcl	82
RIOMET.....	93
risedronate sodium	51
RISPERDAL CONSTA	81
risperidone	81
ritonavir	85
rivastigmine	13
rivastigmine tartrate.....	13
rizatriptan benzoate	14
ropinirole hcl	4
ropinirole hcl er	4
rosuvastatin calcium.....	10
ROTARIX	39
ROTATEQ	39
ROWEEPRA	65
ROWEEPRA XR	65
ROZLYTREK	75
RUBRACA.....	75
RYDAPT	75
S	
SAMSCA	86
SANCUSO	69
SANDIMMUNE	38
SANTYL.....	21
SAPHRIS.....	81
SAVELLA.....	44
SAVELLA TITRATION PACK	44
scopolamine	68
selegiline hcl	4
selenium sulfide.....	21
SELZENTRY	84
SEREVENT DISKUS	50
sertraline hcl	68
SETLAKIN	31
sevelamer carbonate	25
SHAROBEL	31
SHINGRIX	39
SIGNIFOR.....	35
sildenafil citrate	47
SILENOR	15
silodosin.....	24
silver sulfadiazine.....	21
SIMBRINZA	41
simvastatin.....	10
sirolimus	38
SIRTURO	70
SKLICE	21
sodium chloride	24, 89
sodium fluoride	89
sodium phenylbutyrate	95
sodium polystyrene sulfonate	86
sofosbuvir-velpatasvir	84
solifenacain succinate.....	25
SOLIQUA	93
SOLTAMOX	76
SOMATULINE DEPOT	35
SOMAVERT	35
sotalol hcl	5
sotalol hcl (af).....	5
SPIRIVA HANDIHALER	49
SPIRIVA RESPIMAT.....	49
spironolactone	11
spironolactone-hctz	9
SPRINTEC 28	31
SPRITAM.....	65
SPRYCEL	76
SPS	86
SRONYX.....	31
SSD.....	21
stavudine	83
STELARA	36
STIOLTO RESPIMAT.....	50
STIVARGA.....	76
streptomycin sulfate.....	56
STRIBILD	86
sucralfate	24
sulfacetamide sodium	42
sulfacetamide sodium (acne)	21
sulfacetamide-prednisolone	43
sulfadiazine	62
sulfamethoxazole-trimethoprim	62
SULFAMYRON.....	21
sulfasalazine	50
sulindac	3
sumatriptan	14
sumatriptan succinate	14
sumatriptan succinate refill....	14
sumatriptan-naproxen sodium	14
SUPRAX	59
SUPREP BOWEL PREP KIT	24
SUTENT	76
SYEDA	31
SYLATRON	76
SYMBICORT	50
SYMDEKO	47
SYMPI	86
SYMPI LO	86
SYMLINPEN 120	93
SYMLINPEN 60	93
SYMPAZAN	66
SYMTUZA	86
SYNAREL	35
SYNJARDY	93
SYNJARDY XR.....	93
SYNRIBO	76
SYNTHROID	35
T	
TABLOID	71
TACLONEX	21
tacrolimus	21, 38
TAFINLAR	76
TAGRISSO	76
TAKHZYRO	90
TALZENNA	76
tamoxifen citrate	76
tamsulosin hcl	24
TAPERDEX 12-DAY	26
TAPERDEX 6-DAY	27
TAPERDEX 7-DAY	27
TARGETIN	21
TARINA 24 FE	31
TARINA FE 1/20	31

TASIGNA	76	TOUJEO MAX SOLOSTAR	94
tazarotene	21	TOUJEO SOLOSTAR	94
TAZICEF	59	TPN ELECTROLYTES	89
TAZORAC	21	TRACLEER	47
TAZTIA XT	6	tramadol hcl	54
TDVAX.....	39	tramadol hcl er	55
TECFIDERA.....	44	tramadol-acetaminophen	54
TEFLARO.....	59	trandolapril	12
TEGSEDI	90	tranexamic acid.....	91
telmisartan	7	TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)	68
telmisartan-hctz	9	tranylcypromine sulfate	67
temazepam.....	15	TRAVASOL.....	87
TENIVAC	39	TRAVATAN Z.....	41
tenofovir disoproxil fumarate.	83	travoprost (bak free)	41
terazosin hcl.....	4	trazodone hcl	66
terbinafine hcl.....	70	TRECATOR.....	70
terbutaline sulfate	50	TRELEGY ELLIPTA.....	50
terconazole	26	TRELSTAR MIXJECT	76
testosterone.....	27	TRESIBA	94
testosterone cypionate	27	TRESIBA FLEXTOUCH.....	94
testosterone enanthate	27	tretinoïn	21, 76
tetrabenazine.....	45	tretinoïn microsphere.....	21
THALOMID.....	71	TREXALL.....	71
theophylline er.....	50	triamicinolone acetonide	16, 21
thioridazine hcl.....	79	triامترنے-hctz.....	9
thiothixene.....	79	triazolam.....	15
TIADYLT ER	6	trientine hcl.....	86
tiagabine hcl	64	TRI-ESTARYLLA	32
TIBSOVO.....	76	trifluoperazine hcl.....	79
tigecycline	57	trifluridine.....	42
TIGLUTIK	45	trihexyphenidyl hcl.....	4
timolol maleate.....	5, 15, 41	TRIKAFTA	46
tinidazole	57	TRI-LEGEST FE.....	32
TIROSINT.....	35	TRI-LO-ESTARYLLA	32
TIROSINT-SOL.....	35	TRI-LO-SPRINTEC.....	32
TIVICAY	84	TRILYTE	24
tizanidine hcl	95	trimethobenzamide hcl	69
TOBI PODHALER	56	trimethoprim	57
tobramycin.....	42, 56	TRI-MILL.....	32
tobramycin sulfate	56	trimipramine maleate.....	68
tobramycin-dexamethasone....	43	TRINTELLIX.....	68
TOLAK	21	TRI-PREVIFEM	32
tolbutamide.....	93	TRI-SPRINTEC	32
tolmetin sodium.....	3	TRIUMEQ.....	85
tolterodine tartrate	25	TRIVORA (28).....	32
tolterodine tartrate er	25	TRI-VYLIBRA	32
topiramate	65	TRI-VYLIBRA LO	32
topiramate er.....	65	TROKENDI XR	65
toremifene citrate.....	76	TROPHAMINE.....	88
torsemide	11		
		trospium chloride.....	25
		trospium chloride er.....	25
		TRULICITY	93
		TRUMENBA.....	39
		TRUVADA.....	83
		TURALIO.....	76
		TWINRIX	39
		TYBOST	83
		TYDEMY	32
		TYKERB	76
		TYMLOS	51
		TYPHIM VI.....	39
		U	
		UCERIS	21
		UNITHROID	35
		UPTRAVI.....	47, 48
		ursodiol	22, 23
		V	
		valacyclovir hcl	82
		VALCHLOR	21
		valganciclovir hcl	82
		valproic acid	64
		valsartan.....	7
		valsartan-hydrochlorothiazide ..	9
		vancomycin hcl.....	57
		VAQTA	40
		VARIVAX	40
		VARIZIG	36
		VASCEPA	10
		VELIVET	32
		VELPHORO	25
		VELTASSA	86
		VEMLIDY	85
		VENCLEXTA	76
		VENCLEXTA STARTING PACK	76
		venlafaxine hcl.....	68
		venlafaxine hcl er	68
		verapamil hcl	6
		verapamil hcl er	6
		VERSACLOZ	81
		VERZENIO	76
		VIBRAMYCIN	62
		VICTOZA	93
		VIDEX	84
		VIDEX EC	83
		VIENVA	32
		vigabatrin	64
		VIGADRONE	64
		VIIBRYD	66

VIIBRYD STARTER PACK	66
VIMPAT	63
VIRACEPT	85
VIREAD	84
VITRAKVI	77
VIVITROL	52
VIZIMPRO	77
voriconazole	70
VOSEVI	84
VOTRIENT	77
VRAYLAR	81
VYFEMLA	32
VYLIBRA	32
VYNDAMAX	7
VYVANSE	44
VYZULTA	41
W	
warfarin sodium	91
WIXELA INHUB	50
X	
XALKORI	77
XARELTO	91
XARELTO STARTER PACK	91
XATMEP	71
XELJANZ	36
XELJANZ XR	36
XENLETA	57
XGEVA	51
XIFAXAN	57
XXIIDRA	41
XOFLUZA	82
XOLAIR	47
XOSPATA	77
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	77
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	77
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	77
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	77
XTANDI	77
XULANE	32
XULTOPHY	93
XURIDEN	95
XYREM	15
Y	
YF-VAX	40
YONSA	77
YUVAFEM	26
Z	
zafirlukast	47
zaleplon	15
ZARAH	32
ZARXIO	91
ZEJULA	77
ZELBORAF	77
ZENPEP	23
ZERBAXA	59
zidovudine	84
zileuton er	47
ZIOPTAN	41
ziprasidone hcl	81
ZIRGAN	82
ZOLINZA	77
zolmitriptan	14
zolpidem tartrate	15
zolpidem tartrate er	15
zonisamide	63
ZORTRESS	38
ZOSTAVAX	40
ZOSYN	61
ZOVIA 1/35E (28)	32
ZTLIDO	55
ZYDELIG	77
ZYFLO	47
ZYKADIA	77
ZYLET	43
ZYPREXA RELPREVV	81
ZYTIGA	77

Este formulario fue actualizado el 2/25/2020. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, con el consejero 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.

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 (телефон: 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).

ةيبرعل (Arabic):

مقرب لصتا .ن.اجملاب كل رفاوتنت ئيوغلى قدعا سملا تامدخ ناف ،ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذإ :قطوحلم
1-877-374-7993 .(711:TTY)

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

سamt ئىسراف: ئىم مهارف امش ئارب ناگييار تروصب ئىنابز تل ايھست ،دىنك ئىم وگتفگ ئىسراف نابز ھب
رگا: ھجوت اب .دشاب 711 ديرىگب (TTY: 1-877-374-7993).

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

وُدرا (Urdu):

نئيں بايتسد نئيں تفم تامدخ نک دم نک نابز وک پا وت ،نئيں ھتلوپ ودراء^ل
ل اک نئيں رک (TTY: 711). 1-877-374-7993

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

ລາວ (Lao/Laotian):

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ຫາງເວົາພາກາ ລາວ, ການປ່ວຍໃຫນຂ່າຍແຫຼິດກັ້ນພາກາ, ໄດ້ຢັ້ງຢືນທີ່ມີມື້ນີ້.
ໂທ 1-877-374-7993 (TTY: 711).