

Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice

MMM Único (HMO-POS)	MMM Plenitud (HMO-POS)
MMM Elite (HMO-POS)	MMM Encanto (HMO-POS)
PMC Max (HMO-POS)	

Formulario para 2024

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

HPMS ID 24538, Versión 20

Este formulario fue actualizado el 19 de noviembre de 2024. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC., al 1-866-333-5470 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.mmmpr.com.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MMM Único / MMM Elite / MMM Encanto / MMM Plenitud / PMC Max.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 19 de noviembre de 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Generalmente, tiene que visitar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coaseguro puede cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nuestro plan podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Tenemos que seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el(los) cambio(s) específico(s) que hemos realizado.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento en nuestro Formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y le notificaremos a los afiliados que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas guías clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos pre-autorizaciones, restricciones de límite de cantidad o de terapia escalonada a un medicamento o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, tenemos que notificarles a los afiliados

afectados por el cambio, al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el afiliado solicite una repetición del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro del medicamento para un mes.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento en nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año póliza 2024, excepto como descrito anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cubierta, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios con respecto a cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios al Formulario a mediados de año en medicamentos que no son de mantenimiento, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro Formulario impreso se actualizará la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro sitio web: www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 15. Los medicamentos en este Formulario están agrupados por categorías según el tipo de condiciones médicas para las cuales son utilizados. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 13. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Lista en orden alfabético

Si no está seguro de cuál categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 147. El Índice proporciona una lista en orden alfabético 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 sobre la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el

medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Pre-autorización:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una pre-autorización para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 60 tabletas por receta para *glimepiride*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, consulte el Formulario que empieza en la página 15. También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de pre-autorización y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarnos una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿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 comunicarse con Servicios al Afiliado y preguntar si su medicamento está cubierto. Para más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Si resulta que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrselas a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más / PMC Medicare Choice?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento en el 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 la cantidad que usted tiene que pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones de cubierta o límites a su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro 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, nuestro plan solo aprobará su solicitud de excepción si las alternativas de medicamentos incluidas en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivas para tratar su condición y/o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como afiliado nuevo o que ya estaba en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario. O, puede que esté tomando un medicamento incluido en nuestro Formulario, pero su capacidad para conseguirlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra pre-autorización antes de solicitar el despacho de 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 curso a seguir más apropiado en su caso, podemos cubrir su medicamento, en algunos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea un afiliado de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario, o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporero para 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos que obtenga repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado prolongado y necesita un medicamento que no está en nuestro Formulario o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia, para 31 días, de ese medicamento mientras solicita la excepción al Formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de cualquiera otra institución de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suministro temporero de 30 días de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de uso, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para obtener más información

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

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

Formulario de MMM Único / MMM Elite / MMM Encanto / MMM Plenitud / PMC Max

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que comienza en la página 147.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites le indica si el plan tiene algún requisito especial para la cubierta de su medicamento.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual por medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$5,030.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Único (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$3.00	\$6.00	\$6.00
	4	Marca No Preferida	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	5	Especializado	33% / Insulinas \$35.00	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que su costo total anual por medicamentos alcance \$5,030.00, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$8,000.00. Sin embargo, este Plan provee cubierta en el nivel 1 (todos los medicamentos en este nivel) y cubierta limitada en los niveles 2 y 6 (algunos medicamentos en estos niveles), por lo que usted no pagará más de lo siguiente:

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los medicamentos identificados como CG en el formulario para los siguientes niveles:

MMM Único (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan en la brecha.

En adición, el plan continúa ofreciendo cobertura para insulinas durante la brecha a su copago inicial según establece la primera tabla arriba.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$8,000.00, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada.

Usted no tendrá que pagar por la mayoría de las vacunas cubiertas por Parte D para adultos. Para insulinas usted no pagará más de \$35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial y en la Brecha de Cubierta.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual por medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$5,030.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Elite (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$3.00	\$6.00	\$6.00
	4	Marca No Preferida	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	5	Especializado	33% / Insulinas \$35.00	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que su costo total anual por medicamentos alcance \$5,030.00, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$8,000.00. Sin embargo, este Plan provee cubierta en el nivel 1 (todos los medicamentos en este nivel) y cubierta limitada en los niveles 2 y 6 (algunos medicamentos en estos niveles), por lo que usted no pagará más de lo siguiente:

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los medicamentos identificados como CG en el formulario para los siguientes niveles:

MMM Elite (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan en la brecha.

En adición, el plan continúa ofreciendo cobertura para insulinas durante la brecha a su copago inicial según establece la primera tabla arriba.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$8,000.00, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada.

Usted no tendrá que pagar por la mayoría de las vacunas cubiertas por Parte D para adultos. Para insulinas usted no pagará más de \$35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial y en la Brecha de Cubierta.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual por medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$5,030.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Encanto (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$1.00	\$2.00	\$2.00
	2	Genérico	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	3	Marca Preferida	\$7.00	\$14.00	\$14.00
	4	Marca No Preferida	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	5	Especializado	33% / Insulinas \$35.00	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que su costo total anual por medicamentos alcance \$5,030.00, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$8,000.00. Sin embargo, este Plan provee cubierta en el nivel 1 (todos los medicamentos en este nivel) y cubierta limitada en los niveles 2 y 6 (algunos medicamentos en estos niveles), por lo que usted no pagará más de lo siguiente:

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los medicamentos identificados como CG en el formulario para los siguientes niveles:

MMM Encanto (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$1.00	\$2.00	\$2.00
	2	Genérico	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan en la brecha.

En adición, el plan continúa ofreciendo cobertura para insulinas durante la brecha a su copago inicial según establece la primera tabla arriba.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$8,000.00, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada, con excepción por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, por el cual usted paga \$2.00.

Usted no tendrá que pagar por la mayoría de las vacunas cubiertas por Parte D para adultos. Para insulinas usted no pagará más de \$35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial y en la Brecha de Cubierta.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual por medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$5,030.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM Plenitud (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	4	Marca No Preferida	\$7.00	\$14.00	\$14.00
	5	Especializado	33% / Insulinas \$35.00	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que su costo total anual por medicamentos alcance \$5,030.00, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$8,000.00. Sin embargo, este Plan provee cubierta en el nivel 1 (todos los medicamentos en este nivel) y cubierta limitada en los niveles 2 y 6 (algunos medicamentos en estos niveles), por lo que usted no pagará más de lo siguiente:

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los medicamentos identificados como CG en el formulario para los siguientes niveles:

MMM Plenitud (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan en la brecha.

En adición, el plan continúa ofreciendo cobertura para insulinas durante la brecha a su copago inicial según establece la primera tabla arriba.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$8,000.00, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada.

Usted no tendrá que pagar por la mayoría de las vacunas cubiertas por Parte D para adultos. Para insulinas usted no pagará más de \$35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial y en la Brecha de Cubierta.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual por medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$5,030.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

PMC Max (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$1.00	\$2.00	\$2.00
	2	Genérico	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	3	Marca Preferida	\$7.00	\$14.00	\$14.00
	4	Marca No Preferida	\$10.00	\$20.00	\$20.00
	5	Especializado	33% / Insulinas \$35.00	No Cubierto	No Cubierto
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Luego de que su costo total anual por medicamentos alcance \$5,030.00, usted recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$8,000.00. Sin embargo, este Plan provee cubierta en el nivel 1 (todos los medicamentos en este nivel) y cubierta limitada en los niveles 2 y 6 (algunos medicamentos en estos niveles), por lo que usted no pagará más de lo siguiente:

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los medicamentos identificados como CG en el formulario para los siguientes niveles:

PMC Max (HMO-POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$1.00	\$2.00	\$2.00
	2	Genérico	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	6	Medicamentos de cuidado selecto	\$0.00	\$0.00	\$0.00

*Los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos por el Plan en la brecha.

En adición, el plan continúa ofreciendo cobertura para insulinas durante la brecha a su copago inicial según establece la primera tabla arriba.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$8,000.00, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada, con excepción por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, por el cual usted paga \$2.00.

Usted no tendrá que pagar por la mayoría de las vacunas cubiertas por Parte D para adultos. Para insulinas usted no pagará más de \$35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial y en la Brecha de Cubierta.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización

QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite para el máximo de días de suministro.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej., Medicamentos Especializados)

MT - medicamentos de mantenimiento (ej., suministro de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)

CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta

ED – Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

FFL – medicamentos de mantenimiento limitados a un suministro de un (1) mes para el primer despacho.

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia	15
Agentes Antigota.....	15
Agentes Antimiasténicos.....	16
Agentes Bipolares	16
Agentes Cardiovasculares	19
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	30
Agentes Dermatológicos	33
Agentes Gastrointestinales	39
Agentes Genitourinarios.....	42
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	43
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales).....	44
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	50
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas).....	50
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides).....	50
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	51
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	51
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides).....	52
Agentes Inmunológicos.....	53
Agentes Oftálmicos	63
Agentes Orales Y Dentales	67
Agentes Oticos	67
Agentes Para El Desorden Del Sueño	68
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción.....	68
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	70
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	70
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson.....	72

Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	74
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	75
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio.....	76
Analgésicos	83
Anestésicos.....	87
Ansiolíticos.....	88
Antibacteriales.....	90
Anticonvulsivos.....	97
Antidepresivos.....	102
Antieméticos.....	106
Antifungales	107
Antimicobacteriales.....	109
Antineoplásicos	109
Antiparasíticos.....	120
Antisicóticos.....	121
Antivirales	125
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas	130
Antídotos	134
Productos Sanguíneos Y Modificadores	134
Reguladores De Glucosa En Sangre.....	137
Relajantes Musculo Esqueletales	144
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento.....	144

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antidemencia			
<i>Agentes Antidemencia, Otros</i>			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	ARICEPT	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antagonistas Del Receptor De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)			
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	NAMENDA XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 7 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	NAMENDA TITRATION PAK	2	CG
Inhibidores De Colinesterasa			
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	ARICEPT	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MT; CG
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	MT; CG
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	EXELON	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			
<i>Agentes Antigota</i>			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	MITIGARE	3	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		2	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	ULORIC	2	MT
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Antimiasténicos			
<i>Parasimpatomiméticos</i>			
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	2	CG
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	MESTINON	2	CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
<i>Agentes Bipolares, Otros</i>			
<i>lamotrigine oral tablet 25 mg</i>	SUBVENITE	2	MT; CG
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	LATUDA	2	MT; CG
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	CG
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT; CG
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	2	MT; CG
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg</i>	RISPERDAL CONSTA	2	CG; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 25 mg</i>	RISPERDAL CONSTA	2	QL (2 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	RISPERDAL CONSTA	5	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; MT
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	2	MT; CG
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	2	QL (6 EA per 3 days)
<i>Estabilizadores De Humor</i>			
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	CARBATROL	2	MT; CG
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	CG
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	SUBVENITE	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	SUBVENITE STARTER KIT-BLUE	2	CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	SUBVENITE STARTER KIT-GREEN	2	CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE	2	CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	LITHOBID	2	MT; CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		2	MT; CG
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG		2	MT; CG
SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ORAL KIT 35 X 25 MG		2	CG
SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ORAL KIT 84 X 25 MG & 14X100 MG		2	CG
SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG		2	CG
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TENORMIN	2	MT; CG
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MT; CG
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	COREG	2	MT; CG
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	COREG CR	2	MT; CG
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	TOPROL XL	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPROL XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	2	MT; CG
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	INDERAL LA	2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	TEKTURNA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		2	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	LOTREL	1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	CADUET	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	AZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<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>	EXFORGE HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	TENORETIC 100	2	MT; CG
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	TENORETIC 50	2	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		2	MT; CG
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		2	MT
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>		2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>		2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	LANOXIN	2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	VASERETIC	1	MT; CG
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MT; CG
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg</i>		2	MT; CG
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	CORLANOR	2	PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ZESTORETIC	1	MT; CG
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		2	MT; CG
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	DEMSER	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	TRIBENZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	MICARDIS HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		2	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>		2	MT; CG
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	2	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas			
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	2	MT; CG
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		2	MT; CG
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	2	MT; CG
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		2	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	2	MT; CG
Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	2	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		2	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		2	MT; CG
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		2	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		2	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	2	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	2	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	NORTHERA	5	PA
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MT; CG
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	
Antagonista Receptores Angiotensina II (Arb)			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg</i>	ATACAND	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	MICARDIS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PACERONE	2	MT; CG
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	MT; CG
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		2	MT
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>		2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>		2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	LANOXIN	2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>	CARDIZEM CD	2	MT
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	CARDIZEM LA	2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	2	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		2	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		2	MT; CG
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	2	MT
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	MT; CG
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>		2	MT; CG
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		2	MT; CG
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE AF	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		2	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		2	MT; CG
<i>Dislipidémicos, Derivados De Ácido Fóbrico</i>			
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>		2	MT; CG
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	TRICOR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	LOPID	2	MT; CG
<i>Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa</i>			
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>Dislipidémicos, Otros</i>			
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>		2	MT; CG
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	QUESTRAN	2	MT; CG
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>		2	MT; CG
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	ZETIA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	VYTORIN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	VASCEPA	2	MT; QL (240 EA per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	VASCEPA	2	MT; QL (120 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>		2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>		2	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		2	CG
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		2	MT; CG
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		3	ST; MT; QL (3.5 ML per 28 days); FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	ST; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	ST; MT; QL (2 ML per 28 days); FFL
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM		3	MT; QL (240 EA per 30 days); FFL
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM		3	MT; QL (120 EA per 30 days); FFL
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	INSPIRA	2	MT; CG
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ALDACTONE	2	MT; CG
Diuréticos, Asa De Henle			
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	BUMEX	2	MT; CG
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MT; CG
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		2	CG
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LASIX	2	MT; CG
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>toremide oral tablet 20 mg</i>		2	MT; CG
Diuréticos, Tiazidas			
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)</i>			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	LOTENSIN	1	MT; CG
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	VASOTEC	1	MT; CG
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ZESTRIL	1	MT; CG
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	MT; CG
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ACCUPRIL	1	MT; CG
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	ALTACE	1	MT; CG
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MT; CG
<i>Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena</i>			
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	MT; CG
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	2	MT
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	2	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		2	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MT; CG
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		3	MT; FFL
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		3	MT
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	RECTIV	2	QL (30 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	NITROSTAT	2	MT; CG
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	NITRO-DUR	2	MT; CG
<i>Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria</i>			
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros</i>			
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML		5	PA; LA; QL (160 ML per 24 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		5	PA
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML		5	PA; LA; QL (70 ML per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		2	PA; MT; CG
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	XENAZINE	2	PA; MT; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	XENAZINE	2	PA; MT; QL (120 EA per 30 days)
<i>Agentes Fibromialgia</i>			
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	2	MT; FFL
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	2	MT; CG; FFL
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	2	MT; CG; FFL
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA; MT; FFL
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	PA
<i>Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas</i>			
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (180 EA per 30 days); FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (144 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (120 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (360 EA per 30 days); FFL
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; MT; CG; QL (240 EA per 30 days); FFL
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	2	PA; MT; CG; FFL
<i>Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas</i>			
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	STRATTERA	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	STRATTERA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	INTUNIV	2	MT; CG; FFL
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>		2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days); FFL
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	MT; CG; QL (900 ML per 30 days); FFL
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	MT; CG; QL (1800 ML per 30 days); FFL
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	RITALIN	2	MT; CG; QL (180 EA per 30 days); FFL
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days); FFL
<i>Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple</i>			
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML		5	PA; QL (1 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	AMPYRA	2	PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	TECFIDERA	2	PA; MT; QL (14 EA per 7 days); FFL
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	TECFIDERA	2	PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	TECFIDERA	2	PA; QL (120 EA per 365 days); FFL
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	GILENYA	2	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	GLATOPA	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		5	PA; LA; QL (1.6 ML per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA; LA
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		5	PA; LA
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG		4	PA; LA; QL (7 EA per 4 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	AUBAGIO	2	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)

Agentes Dermatológicos

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes De Acné Y Rosácea			
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG		2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	DIFFERIN	2	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		2	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	2	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg</i>		2	
<i>isotretinoin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		2	
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>		2	
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	TAZORAC	2	PA
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	TAZORAC	2	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	RETIN-A	2	PA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
Agentes De Dermatitis Y Prurito			
<i>ala-cort external cream 2.5 %</i>		2	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	CLOBEX	2	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	CLOBEX	2	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	TOPICORT SPRAY	2	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	2	
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; QL (1.34 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		2	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTH/FS SCALP	2	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	2	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	PROCTO-MED HC	2	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA; LA; QL (30 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		2	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		2	PA
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	TRIDERM	2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.1 %		2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		2	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	CALCITRENE	2	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		2	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	2	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	
BD ALCOHOL SWABS 70 %		3	MT
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>		5	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; QL (55 EA per 28 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>		2	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %		2	
Antiinfecciosos Tópicos			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	ZOVIRAX	2	
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		2	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %, 1 % (twice daily)</i>	CLINDAGEL	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLINDACIN ETZ	2	
<i>ery external pad 2 %</i>		2	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	2	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		2	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		2	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
<i>Pediculicidas / Escabicidas</i>			
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	2	
<i>permethrin external cream 5 %</i>		2	
Agentes Gastrointestinales			
<i>Agentes Antidiarreicos</i>			
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	LOTRONEX	2	PA
<i>alose tron hcl oral tablet 1 mg</i>	LOTRONEX	5	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	2	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	IMODIUM	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		4	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA
<i>Agentes Anti-Estreñimiento</i>			
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MT
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MT
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM		2	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		2	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MT
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MT
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	AMITIZA	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>		2	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		4	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Gastrointestinales, Otros</i>			
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA; LA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	2	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	MT
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>		2	MT
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA
<i>Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)</i>			
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	TAGAMET	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	MT
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	MT
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>		2	MT
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	PEPCID	2	MT
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	MT
<i>Antiespasmódicos, Gastrointestinal</i>			
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	ROBINUL	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	ROBINUL-FORTE	2	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	2	QL (10 EA per 30 days)
<i>Inhibidores De La Bomba De Protones</i>			
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	DEXILANT	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NEXIUM	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	NEXIUM	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	PREVACID	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	PREVACID	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	PROTONIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	PROTONIX	2	MT; CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>Protectores</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	MT; CG
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	CARAFATE	2	MT; CG
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	2	MT; CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	CG
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	5	
<i>sildenafil oral tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	VIAGRA	2	ED; QL (4 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20mg</i>	CIALIS	2	ED; QL (4 EA per 30 days)
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	2	MT; CG
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	AVODART	2	MT; CG
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>		2	MT; CG
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PROSCAR	2	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	RAPAFLO	2	MT; CG
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	FLOMAX	2	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	VESICARE	2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	2	MT
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

**Agentes Hormonales,
Estimulantes / Reemplazo /
Modificación (Adrenal)**

*Agentes Hormonales, Estimulantes
/ Reemplazo / Modificación
(Adrenal)*

ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML, 80 UNIT/ML		5	PA; LA
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML		5	PA; LA
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML		5	PA; LA
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		2	MT
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	2	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)</i>			
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG, 1-100 MG		3	MT
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	MT; CG
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>		2	MT; CG
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>		2	MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		2	MT; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		2	MT; CG
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		2	MT; CG
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>		2	MT; CG
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		2	MT; CG
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	MT
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50- 30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG- MCG		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		2	MT; CG
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG- MCG		2	MT; CG
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
<i>Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno</i>			
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	MT
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	2	MT; CG
<i>Andrógenos</i>			
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	DEPO- TESTOSTERONE	2	MT; FFL
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	MT; FFL
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days); FFL
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	ANDROGEL PUMP	2	PA; MT; QL (150 GM per 30 days); FFL
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days); FFL
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	TESTIM	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days); FFL
<i>Estrógenos</i>			
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ESTRACE	2	MT
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	CLIMARA	2	MT
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	2	MT
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml</i>		2	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG		2	MT
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	MT
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	MT
<i>Progestina</i>			
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		3	QL (0.65 ML per 90 days)
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PROVERA	2	MT; CG
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		2	PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		2	PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		2	PA
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PROMETRIUM	2	MT; CG
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)</i>			
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		2	MT; FFL
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MT; CG; FFL
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)</i>			
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)</i>			
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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		2	MT
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		2	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>		2	MT; CG
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		2	MT; CG
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	CYTOMEL	2	MT; CG
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	MT
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)</i>			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)</i>			
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		4	PA; QL (4 EA per 365 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		4	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		2	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	2	PA; MT; FFL
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA; MT; FFL
<i>octreotide acetate injection solution 50 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	2	MT; FFL
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; LA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		4	PA

Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antitiroideos			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos, Otros			
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA; LA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; QL (1.34 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 108 MG/0.68ML		5	PA; QL (1.36 ML per 28 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		5	PA; QL (8.4 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (16.8 ML per 365 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML		5	PA; LA; QL (4 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML		5	PA; LA; QL (4 ML per 28 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (480 ML per 24 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML		5	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML		5	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
<i>Agentes Para Angioedema</i>			
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	SAJAZIR	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML		5	PA; LA; QL (18 ML per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; LA
<i>Inmunostimulantes</i>			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		5	PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA; LA; QL (2 ML per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>			
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML		5	PA; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA; LA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
<i>Inmunosupresores</i>			
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	CYLTEZO (2 PEN)	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	CYLTEZO (2 SYRINGE)	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.4ml</i>	CYLTEZO (2 SYRINGE)	5	PA; QL (12 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	CYLTEZO (2 PEN)	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	CYLTEZO (2 PEN)	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4.8 EA per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4.8 EA per 28 days)
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	AZASAN	2	PA; MT; CG
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	IMURAN	2	PA; MT; CG
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; LA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; LA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	ZORTRESS	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	5	PA
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	5	PA
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		2	PA; MT; CG
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		2	PA; MT; CG
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4.8 ML per 30 days)
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4.8 ML per 30 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		2	CG
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CELLCEPT	5	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	MYFORTIC	2	PA; MT; CG
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG		5	PA; QL (55 EA per 28 days)
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA; MT
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (5.5 ML per 30 days); FFL
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	RAPAMUNE	5	PA
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	RAPAMUNE	2	PA; MT; CG
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	RAPAMUNE	2	PA; MT
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	2	PA; MT; CG
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>Vacunas</i>			
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		3	QL (0.5 ML once in a lifetime)
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		3	QL (0.5 ML once in a lifetime)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		3	PA
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOX INJECTION INJECTABLE		3	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		3	PA
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		3	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		3	QL (0.5 ML once in a lifetime)
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML		3	PA
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION		3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		3	PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		3	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		3	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML		3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		3	
Agentes Oftálmicos			
Agentes Oftálmicos De Bloqueo Beta-Adrenérgicos			
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		4	MT
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MT; CG
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		2	MT; CG
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		2	MT; CG
Agentes Oftálmicos Para Alergia			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	BEPREVE	2	QL (5 ML per 25 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		2	
Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MT; CG
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	2	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT PF	2	MT; CG
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	MT
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		3	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
<i>Agentes Oftálmicos Para La Inflamación</i>			
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML LIQUIFILM	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	ACULAR LS	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	ALREX	2	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	LOTEMAX	2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	PRED FORTE	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
Agentes Oftálmicos, Otros			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		2	MT
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	2	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	LA; QL (60 ML per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT	2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT PF	2	MT; CG
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %		2	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000		2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (5.5 ML per 30 days); FFL
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		3	MT
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	
Antiinfecciosos Oftálmicos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		3	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	2	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	2	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM		2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	XALATAN	2	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	TRAVATAN Z	2	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %		4	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	2	MT
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>		2	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		2	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	2	MT
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	KOURZEQ	2	
Agentes Oticos			
Agentes Oticos			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	
FLAC OTIC OIL 0.01 %		2	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>		2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para El Desorden Del Sueño			
<i>Agentes Promotores De La Vigilia</i>			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; MT; CG; QL (150 EA per 30 days)
LUMRYZ ORAL PACKET 4.5 GM, 6 GM, 7.5 GM, 9 GM		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	XYREM	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
<i>Agentes Promotores Del Sueño</i>			
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	ROZEREM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	HETLIOZ	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción			
<i>Agentes Para Revertimiento De Opioides</i>			
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>		2	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	NARCAN	2	
OPVEE NASAL SOLUTION 2.7 MG/0.1ML		3	
<i>Agentes Para Sesación De Fumar</i>			
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		2	QL (53 EA per 28 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg</i>	CHANTIX	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	CHANTIX	2	QL (56 EA per 28 days)
<i>Dependencia De Opioides</i>			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	SUBOXONE	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	SUBOXONE	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>		2	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	MT
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MT
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
<i>Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad</i>			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	DANTRIUM	2	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	2	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			
<i>Agentes Para El Tratamiento De La Migraña</i>			
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG		3	PA; QL (16 EA per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG		3	PA; QL (16 EA per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 50 MG		3	PA; QL (32 EA per 30 days)
<i>Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)</i>			
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAX	2	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	MAXALT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	QL (18 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>		2	QL (24 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	IMITREX	2	QL (9 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (9 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (6 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	MIGRANAL	5	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
Profilácticos			
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	PA; MT; QL (1 ML per 30 days); FFL
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML		3	PA; MT; QL (2 ML per 30 days); FFL
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		4	PA; MT; QL (480 ML per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG		3	PA; QL (16 EA per 30 days)
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MT; CG
<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	MT; CG
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml</i>	APOKYN	5	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg</i>	MIRAPEX ER	2	MT; CG
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 4.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	MT; CG
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Anticolinérgicos			
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	MT; CG
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)			
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	AZILECT	2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
Precusores De Dopamina Y / O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos			
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	SINEMET	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MT; CG
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG		5	PA; LA
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG		4	ST; MT; FFL

Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Aminosalicilatos

<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	APRISO	2	MT
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	DELZICOL	2	MT
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	LIALDA	2	MT
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>		2	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		2	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	CANASA	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	2	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT

Glucocorticoides

<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	CORTENEMA	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	2	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
<i>triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	KENALOG-40	2	
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	FOSAMAX	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	MT; CG
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	ROCALTROL	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	ROCALTROL	2	MT; CG
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	SENSIPAR	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	SENSIPAR	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	ZEMPLAR	2	MT; CG
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (12 EA per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml</i>	FORTEO	5	PA; QL (2.48 ML per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>		5	PA; QL (2.48 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	MT; QL (12 GM per 30 days); FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	SYMBICORT	2	MT; CG; QL (10.2 GM per 30 days); FFL
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; QL (1.34 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	WIXELA INHUB	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MT; QL (4 GM per 30 days); FFL
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	MT; QL (10.2 GM per 30 days); FFL
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT		2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>Agentes Para Fibrosis Cística</i>			
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (560 EA per 28 days)
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
<i>Agentes Para Fibrosis Pulmonar</i>			
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA; QL (84 EA per 21 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA; QL (21 EA per 21 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
<i>Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio</i>			
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	MT; QL (8 GM per 30 days); FFL
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA; MT; CG; FFL
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
<i>Antihipertensivos Pulmonares</i>			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	LETAIRIS	5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		5	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days); FFL
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	ALYQ	2	PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X48MCG		5	PA; LA; QL (224 EA per 28 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG		5	PA; LA; QL (112 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 112 X 16MCG & 84 X 32MCG		5	PA; LA; QL (196 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG		5	PA; LA; QL (252 EA per 28 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; LA; QL (200 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; LA; QL (270 ML per 30 days)
<i>Antihistaminas</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 ML per 25 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>		2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</i>			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200 MCG/ACT		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	PULMICORT	2	PA; MT; FFL
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 ML per 25 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act</i>		2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>		2	MT; QL (240 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		2	MT; QL (24 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		2	MT; QL (21.2 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	2	QL (32 GM per 30 days)
Antileucotrienos			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	SINGULAIR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	SINGULAIR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	SINGULAIR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ACCOLATE	2	MT
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	MT; QL (25.8 GM per 30 days); FFL
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA; MT; CG; FFL
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	MT; QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MT; QL (4 GM per 30 days); FFL
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	VENTOLIN HFA	2	MT; CG; QL (40.2 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	VENTOLIN HFA	2	MT; CG; QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>		2	PA; MT; CG; FFL
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>		2	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	AUVI-Q	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	PERFOROMIST	2	PA; MT; CG
<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	PA; MT; CG; FFL
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	2	MT; CG; QL (30 GM per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>Estabilizadores De Mastocitos</i>			
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; MT; CG; FFL
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	2	MT; FFL
<i>Inhibidores De Fósfo diesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>			
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	DALIRESP	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		2	MT; FFL
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>		2	MT; FFL
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	MT; FFL
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		2	MT; FFL
Analgésicos			
<i>Analgésicos Opioides, Corta Duración</i>			
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120- 12 mg/5ml</i>		2	QL (2700 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (400 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>		2	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG		2	QL (360 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 100 mcg/2ml</i>		2	QL (4 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 50 mcg/ml</i>		2	QL (2 ML per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml</i>		2	QL (4030 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (5400 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (50 EA per 10 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	DILAUDID	2	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	DILAUDID	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (360 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (1440 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (720 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		2	QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		2	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	QL (2700 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>		2	QL (360 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	QL (56 EA per 7 days)
<i>Analgésicos Opioides, Larga Duración</i>			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>		2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		2	QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	2	QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
Analgésicos			
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>		2	
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	FIORICET	2	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG		2	QL (360 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (240 EA per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	FLECTOR	2	PA
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	MT
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	MT
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	MT
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	MT
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	MT
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	2	MT
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	MT
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>		2	MT
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		2	MT
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>		2	MT
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	KIPROFEN	2	MT
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>		2	MT
<i>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</i>		2	
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>		2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		2	MT
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	NAPROSYN	2	MT
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	MT
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		2	MT
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	NAPROSYN	2	MT
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	NAPROSYN	2	MT
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	MT
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	2	MT
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	2	MT
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>		2	MT
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		2	MT
Anestésicos			
<i>Anestésicos Locales</i>			
GLYDO EXTERNAL GEL 2 %		2	
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %		2	
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	
<i>lidocaine external patch 5 %</i>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>		2	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	GLYDO	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		2	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, Otros			
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
Benzodiazepinas			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	2	CG
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	2	CG
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	CG
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	CG
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	2	CG
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		2	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	CG
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	2	CG
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml</i>		2	QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 2 mg/2ml</i>		2	QL (20 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/5ml</i>		2	QL (10 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/ml</i>		2	QL (2 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml</i>		2	QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 2 mg/2ml</i>		2	QL (20 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/5ml</i>		2	QL (10 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/ml</i>		2	QL (5 ML per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		5	PA
<i>Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>			
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	PAXIL	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		3	MT
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	ZOLOFT	2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	2	MT; CG
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
Antibacteriales			
Aminoglicósidos			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	
<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	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		2	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		5	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA
Antibacteriales, Otros			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	CLEOCIN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	CLEOCIN	2	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLINDACIN ETZ	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	2	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	2	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>		5	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	2	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	2	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	2	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>		2	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	2	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	2	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>		2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	2	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>		2	PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	5	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	VANCOCIN	2	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		4	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA
<i>Betalactámico, Cefalosporinas</i>			
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		2	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		2	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA
Betalactámico, Penicilinas			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		2	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		2	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	AUGMENTIN ES-600	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	AUGMENTIN	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg</i>		2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		2	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		2	PA
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	UNASYN	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		5	PA
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<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>		2	
Carbapenémicos			
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	2	PA
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	
Macrólidos			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		2	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML		5	ST
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	ERY-TAB	2	
Quinolonas			
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	CIPRO	2	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>		2	PA
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		2	
Sulfonamidas			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	BACTRIM	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	BACTRIM DS	2	
Tetraciclinas			
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 80 mg</i>		2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	

Anticonvulsivos

Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)

<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	ONFI	2	MT; FFL
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ONFI	2	MT; FFL
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	2	CG
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	CG
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	CG
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	2	CG
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>		2	
<i>gabapentin (once-daily) oral tablet 600 mg</i>	GRALISE	2	MT; CG; FFL
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	NEURONTIN	2	MT; CG; FFL
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	NEURONTIN	2	MT; CG; FFL
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	NEURONTIN	2	MT; CG; FFL
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (10 EA per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	CG
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	2	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	MT
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		2	MT
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		2	MT; CG
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	2	MT; CG
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		5	PA
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA
<i>Agentes De Canales De Sodio</i>			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	VIMPAT	2	MT
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	VIMPAT	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	OXTELLAR XR	2	MT; CG
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	BANZEL	5	PA
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	BANZEL	2	PA; MT
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	BANZEL	5	PA
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	2	MT; CG
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Modificadores De Canales De Calcio			
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	CELONTIN	2	MT
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	2	MT; FFL
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	2	MT; CG; FFL
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	2	MT; CG; FFL
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		5	QL (600 ML per 30 days)
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		4	PA; MT; QL (480 ML per 30 days)
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>		2	MT
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	2	MT; CG
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA; MT
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	CG
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	SUBVENITE	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	SUBVENITE STARTER KIT-BLUE	2	CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	SUBVENITE STARTER KIT-GREEN	2	CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE	2	CG
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5ml</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 500 mg</i>		2	MT; CG
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG		2	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	MT
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG		2	MT; CG
SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ORAL KIT 35 X 25 MG		2	CG
SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ORAL KIT 84 X 25 MG & 14X100 MG		2	CG
SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG		2	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
Antidepresivos			
<i>Antidepresivos, Otros</i>			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	MT; CG
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		2	MT
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		5	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	FORFIVO XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	SYMBYAX	2	MT; CG
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	MT; CG
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	2	MT; CG
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		2	MT; CG
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA; QL (14 EA per 14 days)

Inhibidores De Monoamino Oxidasa

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	NARDIL	2	MT; CG
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	PARNATE	2	MT; CG
<i>Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>			
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		3	MT
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	CELEXA	2	MT; CG
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRISTIQ	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PROZAC	2	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	PAXIL	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		3	MT
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	ZOLOFT	2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	2	MT; CG
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	VIIBRYD	2	MT; QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	ANAFRANIL	2	MT; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	NORPRAMIN	2	MT; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	2	MT; CG
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
Antieméticos			
<i>Antieméticos, Otros</i>			
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		2	MT
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	2	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	2	QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		2	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		2	PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (6 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA; QL (450 ML per 10 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AMBISOME	5	PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	CANCIDAS	2	PA
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		2	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	DESENEX	2	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		2	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	DIFLUCAN	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	DIFLUCAN	2	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	ANCOBON	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	MYCAMINE	2	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	NYAMYC	2	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	NOXAFIL	5	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	NOXAFIL	5	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	5	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	VFEND	2	
Antimicobacteriales			
<i>Antimicobacteriales, Otros</i>			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	MT
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>		2	
Antituberculares			
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MT
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		2	MT
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>		4	PA; QL (182 EA per 182 days)
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	RIFADIN	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; LA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
<i>Agentes Alquilantes</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		4	PA
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; LA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
<i>Agentes Antiangiogénicos</i>			
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	REVLIMID	5	PA; LA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; LA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; LA
<i>Antiandrógenos</i>			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	ZYTIGA	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	ZYTIGA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	2	CG
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	5	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	FARESTON	5	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
<i>Antiestrógenos / Modificadores</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MT; CG
<i>Antimetabolitos</i>			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG		3	MT
DROXIA ORAL CAPSULE 300 MG, 400 MG		3	MT; FFL
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	2	CG
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; LA; QL (5 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	CG
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG		3	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	
<i>Antineoplásicos, Otros</i>			
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		4	PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	LA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		2	CG
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; LA; QL (33 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 28 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
<i>Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación</i>			
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	ARIMIDEX	2	MT; CG
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	AROMASIN	2	MT; CG
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	FEMARA	2	MT; CG
<i>Inhibidores De Enzimas</i>			
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 7 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Inhibidores Objetivo Molecular</i>			
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		5	PA; LA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		5	LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA; QL (63 EA per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	SPRYCEL	5	PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	TARCEVA	5	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		5	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	ZORTRESS	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	5	PA
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	5	PA
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	IRESSA	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	GLEEVEC	2	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA; LA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA; LA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	TYKERB	5	PA
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (84 EA per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (140 EA per 28 days)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA; LA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA; LA; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG (16 PACK)		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (24 PACK)		5	PA; LA; QL (24 EA per 28 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	VOTRIENT	5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NEXAVAR	5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	SUTENT	5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA; QL (64 EA per 28 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG		5	PA; QL (28 EA per 14 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 26.5 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; LA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		5	PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
Retinoides			
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	TARGRETIN	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	5	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
Tratamientos Adjuntos			
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
Antiparasíticos			
Antihelmínticos			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	2	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	BILTRICIDE	2	
Antiprotozoales			
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	2	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	MALARONE	2	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MT
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	MT
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	2	MT
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	SOVUNA	2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	MT
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>		5	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	NEBUPENT	2	PA
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	PENTAM	2	PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>		2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	2	
Antisicóticos			
Primera Generación, Típicos			
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		2	MT
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	MT
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		2	MT
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	HALDOL DECANOATE	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		2	CG
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MT; CG
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	CLOZARIL	2	CG
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg</i>		2	CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>		2	CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	MT; CG
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		2	MT
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.3 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	PA; QL (0.9 ML per 90 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	PA; QL (1.3 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	PA; QL (3 ML per 90 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	LATUDA	2	MT; CG
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	CG
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT; CG
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		2	MT
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	2	MT
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	2	MT; CG
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		2	MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 25 mg</i>	RISPERDAL CONSTA	2	QL (2 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	RISPERDAL CONSTA	5	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; MT
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	2	MT; CG
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	2	QL (6 EA per 3 days)
Antivirales			
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)			
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	VALCYTE	5	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	VALCYTE	2	MT
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		2	PA; MT
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDGE	2	PA; MT
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		2	MT
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
<i>Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv)</i>			
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
<i>Agentes Anti-Herpéticos</i>			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	VALTRESX	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	VALTRESX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)</i>			
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		4	MT
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	MT
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		3	MT
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	2	MT
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	INTELENCE	5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MT
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)</i>			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	2	MT; CG
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>		2	MT; CG
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	ATRIPLA	2	MT
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	SYMFI LO	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	SYMFI	5	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	EMTRIVA	2	MT; CG
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 200-300 mg</i>	TRUVADA	2	MT
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg</i>	TRUVADA	5	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	MT
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		2	MT
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		2	MT; CG
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	MT
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	2	MT; CG
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	2	MT; CG
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	SELZENTRY	5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		3	MT
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG		5	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
<i>triumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>		4	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	MT
Agentes Anti-Influenza			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		3	QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	2	MT; CG
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	PREZISTA	2	MT
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	2	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	KALETRA	2	MT
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	MT
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	MT
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	2	MT; CG
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Antivirales			
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG		3	QL (40 EA per 30 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		3	QL (20 EA per 30 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		3	QL (30 EA per 30 days)
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas			
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas			
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %		4	PA
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	2	MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	2	MT
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		2	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		3	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
<i>Electrólitos / Minerales/ Modificadores De Metales</i>			
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	EXJADE	2	PA; MT
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	EXJADE	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	FERRIPROX	5	PA; LA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	5	
<i>potassium chloride crystal oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	5	
<i>Electrólitos / Reemplazo De Minerales</i>			
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	CARBAGLU	5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<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	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		2	MT; CG
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>		2	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml</i>		2	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MT; CG
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROKIT-K 10	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROKIT-K 15	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		2	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>		2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	ARGYLE STERILE SALINE	2	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 2.2 (1 f) mg</i>		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
<i>Enlazadores De Fósforo</i>			
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		2	MT; CG
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	CALPHRON	2	MT; CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	FOSRENOL	5	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	RENVELA	2	MT; QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	RENVELA	2	MT; QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	RENVELA	2	MT; QL (540 EA per 30 days)
<i>Ligantes De Potasio</i>			
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		3	MT
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML		2	CG
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM		3	MT
<i>Vitaminas</i>			
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	NEONATAL PLUS	2	
Antídotos			
<i>Antídotos, Sistémico</i>			
<i>flumazenil intravenous solution 0.5 mg/5ml</i>		2	QL (10 ML per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 1 mg/10ml</i>		2	QL (20 ML per 30 days)
Productos Sanguíneos Y Modificadores			
<i>Agentes Hemostáticos</i>			
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		2	
<i>Agentes Modificadores De Plaquetas</i>			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		2	MT; CG; FFL
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	ST; MT; FFL
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	PLAVIX	2	MT; CG
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	EFFIENT	2	MT; CG; FFL
Anticoagulantes			
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	PRADAXA	2	MT; CG; FFL
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT; FFL
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	5	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	2	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	5	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	5	QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		2	MT; CG; FFL
<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>	COUMADIN	2	MT; CG; FFL
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		3	MT; QL (900 ML per 30 days); FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	QL (51 EA per 30 days)
<i>Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otros</i>			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	2	MT; CG
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	MT; CG
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG		3	MT
DROXIA ORAL CAPSULE 300 MG, 400 MG		3	MT; FFL
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		5	PA; LA; QL (7 EA per 7 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 14 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML		4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML		5	PA
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG		3	
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Productos Sanguíneos Y Modificadores</i>			
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
<i>Agentes Antidiabéticos</i>			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet 12.5-1000 mg, 12.5-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	PA; MT; QL (3.4 ML per 28 days); FFL
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	PA; MT; QL (2.4 ML per 30 days); FFL
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	PA; MT; QL (1.2 ML per 30 days); FFL
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		3	
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML		3	PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG		3	PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
<i>saxagliptin hcl oral tablet 2.5 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>saxagliptin hcl oral tablet 5 mg</i>	ONGLYZA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 2.5-1000 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		3	PA; MT; QL (2 ML per 28 days); FFL
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	PA; MT; QL (9 ML per 30 days); FFL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days); FFL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days); FFL
Agentes Glicémicos			
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	PROGLYCEM	5	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		3	
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	KORLYM	5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
Insulinas			
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		6	MT; CG
<i>gauze pads pad 2"x2"</i>		3	MT
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75- 25) 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	QL (40 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		5	QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	LANTUS SOLOSTAR	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	LANTUS	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	SEMGLEE (YFGN)	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	SEMGLEE (YFGN)	6	MT; QL (40 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HUMALOG KWIKPEN	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HUMALOG	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	6	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100 29g x 1/2" 1 ml</i>	BD INSULIN SYRINGE	6	MT; CG
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	6	MT; CG
<i>qc pen needles 29g x 12mm</i>	CAREFINE PEN NEEDLES	6	MT; CG
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		6	MT; CG
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MT; QL (40 ML per 30 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		4	MT; QL (18 ML per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		4	MT; QL (40 ML per 30 days)
<i>Reguladores De Glucosa En Sangre</i>			
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		3	
Relajantes Musculo Esqueletales			
<i>Relajantes Musculo Esqueletales</i>			
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	FEXMID	2	
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		2	
<i>orphenadrine citrate injection solution 30 mg/ml</i>		2	
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
<i>Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento</i>			
<i>betaine oral powder</i>	CYSTADANE	5	LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	LA
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA; LA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	MT; FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; MT; CG; FFL
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	2	MT; FFL
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	MT; LA; FFL
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		5	PA; QL (3600 ML per 30 days)
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	ENDARI	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	YARGESA	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ORFADIN	5	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA
PHEBURANE ORAL PELLETT 483 MG/GM		5	PA; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA; LA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	JAVYGTOR	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	JAVYGTOR	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	LA
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT		4	MT; FFL

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 12.

Índice de Medicamentos

A

<i>abacavir sulfate</i>	127	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	138	ARCALYST	53
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	127	<i>alosetron hcl</i>	39	AREXVY	59
ABELCET.....	107	ALPHAGAN P.....	63	<i>aripiprazole</i>	103, 122
ABILIFY ASIMTUFII.....	102, 122	<i>alprazolam</i>	88	ARISTADA.....	123
ABILIFY MAINTENA.....	102, 122	ALTAVERA	44	ARISTADA INITIO.....	122
<i>abiraterone acetate</i>	110	ALUNBRIG	114	<i>armodafinil</i>	68
ABRYSVO.....	59	ALYQ.....	79	ARNUITY ELLIPTA.....	80
<i>acamprosate calcium</i>	70	<i>amantadine hcl</i>	72, 129	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	134
<i>acarbose</i>	137	<i>ambrisentan</i>	79	<i>atazanavir sulfate</i>	129
ACCUTANE	34	<i>amikacin sulfate</i>	90	<i>atenolol</i>	19
<i>acebutolol hcl</i>	19, 24	<i>amiloride hcl</i>	28	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	20
<i>acetaminophen-codeine</i>	83	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	20	<i>atomoxetine hcl</i>	32
<i>acetazolamide</i>	19, 63	<i>amiodarone hcl</i>	24	<i>atorvastatin calcium</i>	26
<i>acetazolamide er</i>	63	<i>amitriptyline hcl</i>	106	<i>atovaquone</i>	120
<i>acetic acid</i>	67	AMJEVITA.....	56	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	120
<i>acetylcysteine</i>	76	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	20	<i>atropine sulfate</i>	65
<i>acitretin</i>	34	<i>amlodipine besylate</i>	22	ATROVENT HFA.....	81
ACTHAR	43	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	20	AUBRA EQ.....	44
ACTHAR GEL.....	43	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	20	AUGTYRO.....	114
ACTHIB.....	59	<i>amlodipine-olmesartan</i>	20	AUSTEDO	30
ACTIMMUNE	55	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	20	AUSTEDO XR.....	30
<i>acyclovir</i>	38, 126	<i>ammonium lactate</i>	34	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	30
<i>acyclovir sodium</i>	126	AMNESTEEM	34	AUVELITY	103
ADACEL.....	59	<i>amoxapine</i>	106	AVIANE.....	44
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	55	<i>amoxicillin</i>	93	AVONEX PEN.....	32
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	55	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ...93, 94		AVONEX PREFILLED.....	33
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs str)</i>	56	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	93	AYVAKIT	114
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter)</i>	56	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	31	AZASITE	66
<i>adapalene</i>	34	<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i>	31, 32	<i>azathioprine</i>	56
<i>adefovir dipivoxil</i>	125	<i>amphotericin b</i>	107	<i>azelastine hcl</i>	63, 80
ADEMPAS.....	79	<i>amphotericin b liposome</i>	107	<i>azithromycin</i>	95
ADVAIR HFA	76	<i>ampicillin</i>	94	AZOPT	63
AIMOVIG	71	<i>ampicillin sodium</i>	94	<i>aztreonam</i>	90
AKEEGA	114	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> ..	94	AZURETTE	44
<i>ala-cort</i>	34	<i>anagrelide hcl</i>	136	B	
<i>albendazole</i>	120	<i>anastrozole</i>	113	<i>bacitracin</i>	66
<i>albuterol sulfate</i>	81, 82	ANORO ELLIPTA.....	77	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	66
<i>albuterol sulfate hfa</i>	81	APOKYN	72	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	65
<i>alclometasone dipropionate</i> ...	34	<i>apomorphine hcl</i>	72	<i>baclofen</i>	70
ALECENSA.....	114	<i>aprepitant</i>	107	BAFIERTAM.....	33
<i>alendronate sodium</i>	75	APRI.....	44	<i>balsalazide disodium</i>	74
<i>alfuzosin hcl er</i>	42	APTIOM.....	98	BALVERSA.....	114
<i>aliskiren fumarate</i>	20	APTIVUS	129	BALZIVA.....	44
<i>allopurinol</i>	15	ARANELLE.....	44	BARACLUDGE.....	125
<i>alogliptin benzoate</i>	137			<i>bcg vaccine</i>	60
<i>alogliptin-metformin hcl</i>	137			BD ALCOHOL SWABS 70 %	38

BD INSULIN SYRINGE	141	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	69	<i>cefprozil</i>	93
<i>benazepril hcl</i>	29	.....	69	<i>ceftazidime</i>	93
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	20	<i>bupropion hcl</i>	103	<i>ceftriaxone sodium</i>	93
.....	20	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	69	<i>cefuroxime axetil</i>	93
BENLYSTA	56	.....	69	<i>cefuroxime sodium</i>	93
<i>benznidazole</i>	120	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	103	<i>celecoxib</i>	86
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	34	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	103	<i>cephalexin</i>	93
.....	34	<i>buspirone hcl</i>	88	CERDELGA.....	144
<i>benztropine mesylate</i>	73	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	86	<i>cetirizine hcl</i>	80
<i>bepotastine besilate</i>	63	BYDUREON BCISE	138	<i>cevimeline hcl</i>	67
BESIVANCE	66	BYETTA 10 MCG PEN.....	138	CHEMET.....	131
BESREMI.....	55	BYETTA 5 MCG PEN.....	138	<i>chlorhexidine gluconate</i>	67
<i>betaine</i>	144	C		<i>chloroquine phosphate</i>	120
<i>betamethasone dipropionate</i> .35,	43	<i>cabergoline</i>	51	<i>chlorthalidone</i>	28
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	34, 35, 43	CABOMETRYX.....	114	<i>chlorzoxazone</i>	144
.....	34, 35, 43	<i>calcipotriene</i>	38	CHOLBAM	144
<i>betamethasone valerate</i>	35	<i>calcitonin (salmon)</i>	75	<i>cholestyramine</i>	27
BETASERON	33	<i>calcitriol</i>	75, 76	<i>cholestyramine light</i>	27
<i>betaxolol hcl</i>	19, 63	<i>calcium acetate</i>	133	CIALIS	42
<i>bethanechol chloride</i>	42	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	133	<i>ciclopirox</i>	38
BETOPTIC-S	63	.....	133	<i>ciclopirox olamine</i>	107, 108
<i>bexarotene</i>	120	CALQUENCE.....	114	<i>cilostazol</i>	134
BEXSERO.....	60	CAMILA	49	CIMDUO.....	127
<i>bicalutamide</i>	110	CAMZYOS	20	<i>cimetidine</i>	40, 41
BICILLIN L-A	94	<i>candesartan cilexetil</i>	24	<i>cinacalcet hcl</i>	76
BIJUVA.....	45	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	20	<i>ciprofloxacin hcl</i>	66, 67, 96
BIKTARVY	126	CAPLYTA.....	123	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	96
<i>bimatoprost</i>	67	CAPRELSA.....	114	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .	67
<i>bisoprolol fumarate</i>	19	<i>captopril</i>	29	<i>citalopram hydrobromide</i>	104
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	20	<i>carbamazepine</i>	17, 98, 99	CLARAVIS	34
.....	20	<i>carbamazepine er</i>	17, 98	<i>clarithromycin</i>	95
BIVIGAM	55	<i>carbidopa-levodopa</i>	73, 74	<i>clarithromycin er</i>	95
BOOSTRIX.....	60	<i>carbidopa-levodopa er</i>	73	<i>clindamycin hcl</i>	90
BOSULIF	114	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	72	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	91
BRAFTOVI.....	114	.....	72	<i>clindamycin phosphate</i>	39, 91
BREO ELLIPTA	82	<i>carglumic acid</i>	131	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	91
<i>briellyn</i>	45	<i>carteolol hcl</i>	63	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRILINTA	134	CARTIA XT	23, 24	(4.25/10)	130
<i>brimonidine tartrate</i>	63	<i>carvedilol</i>	19	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRIVIACT	100	<i>carvedilol phosphate er</i>	19	(4.25/5)	130
<i>bromocriptine mesylate</i>	51, 72	<i>caspofungin acetate</i>	107	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
BRONCHITOL	77	CAYSTON	77	.....	130
BRUKINSA	114	<i>cefaclor</i>	92	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
<i>budesonide</i>	43, 74, 80	<i>cefaclor er</i>	92	.....	130
<i>budesonide er</i>	43, 74	<i>cefadroxil</i>	92	<i>clobazam</i>	97
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	77	<i>cefazolin sodium</i>	92	<i>clobetasol propionate</i>	35
.....	77	<i>cefdinir</i>	92	<i>clobetasol propionate e</i>	35
<i>bumetanide</i>	28	<i>cefepime hcl</i>	92	<i>clomipramine hcl</i>	106
<i>buprenorphine hcl</i>	69, 85	<i>cefexime</i>	92	<i>clonazepam</i>	88, 97
		<i>cefoxitin sodium</i>	92	<i>clonidine</i>	23
		<i>cefpodoxime proxetil</i>	92, 93		

<i>clonidine hcl</i>	23	DELSTRIGO	128	<i>divalproex sodium</i>	17, 71, 72, 100
<i>clopidogrel bisulfate</i>	135	DENGVAXIA	60	<i>divalproex sodium er</i>	17, 71, 100
<i>clorazepate dipotassium</i> ...	88, 97	DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>dofetilide</i>	25
<i>clotrimazole</i>	108	.....	49	<i>donepezil hcl</i>	15
<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	38	DESCOVY	128	<i>dorzolamide hcl</i>	63
<i>clozapine</i>	122	<i>desipramine hcl</i>	106	<i>dorzolamide hcl-timolol mal.</i> ...	63, 65
COARTEM	120	<i>desloratadine</i>	80	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	64, 65
<i>colchicine</i>	15	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	50	DOVATO	126
<i>colchicine-probenecid</i>	15	<i>desmopressin acetate</i>	50	<i>doxazosin mesylate</i>	22, 42
<i>colesevelam hcl</i>	27, 138	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	45	<i>doxepin hcl</i>	35, 68, 88, 106
<i>colestipol hcl</i>	27	<i>desonide</i>	35	DOXY	96
<i>colistimethate sodium (cba)</i> ...	91	<i>desoximetasone</i>	35	<i>doxycycline hyclate</i>	96, 97
COMBIGAN	63	<i>desvenlafaxine er</i>	104	<i>doxycycline monohydrate</i>	97
COMBIVENT RESPIMAT ...	78	<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	104	DRIZALMA SPRINKLE.....	104
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	115	<i>dexamethasone</i>	43, 74	<i>dronabinol</i>	107
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	115	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	64	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	45
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	115	<i>dexlansoprazole</i>	41	DROXIA.....	111, 136
COMPLERA	127	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	32	<i>droxidopa</i>	24
<i>constulose</i>	39	<i>dextrose</i>	130	<i>duloxetine hcl</i>	31, 89, 104
COPIKTRA	115	<i>dextrose-sodium chloride</i>	131	DUPIXENT ...	35, 36, 53, 56, 77
CORTROPHIN	43	DIACOMIT	100	DUREZOL	64
COTELLIC.....	115	<i>diazepam</i>	88, 97	<i>dutasteride</i>	42
CREON	144	DIAZEPAM INTENSOL	88, 97	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	42
<i>cromolyn sodium</i>	63, 82, 145	<i>diazoxide</i>	141	E	
CRYSSELLE-28	45	<i>diclofenac epolamine</i>	86	E.E.S. 400	95
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	144	<i>diclofenac potassium</i>	86	<i>econazole nitrate</i>	108
<i>cyclophosphamide</i>	110	<i>diclofenac sodium</i>	64, 86	EDURANT	127
<i>cyclosporine</i>	56	<i>diclofenac sodium er</i>	86	<i>efavirenz</i>	127
<i>cyclosporine modified</i>	56	<i>dicloxacillin sodium</i>	94	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	128
<i>cyproheptadine hcl</i>	80	<i>dicyclomine hcl</i>	41	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	128
CYSTAGON	145	DIFICID	95	<i>eletriptan hydrobromide</i>	70
CYSTARAN	65	<i>diflunisal</i>	86	ELIGARD.....	51
D		<i>digoxin</i>	20, 21, 24, 25	ELIQUIS.....	135
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	135	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	71	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	135
<i>dalfampridine er</i>	33	DILANTIN.....	99	ELMIRON.....	42
<i>danazol</i>	48	DILANTIN INFATABS	99	EMEND	107
<i>dantrolene sodium</i>	70	<i>diltiazem hcl</i>	23, 25	EMSAM	104
<i>dapsone</i>	109	<i>diltiazem hcl er</i>	23, 25	<i>emtricitabine</i>	128
DAPTACEL.....	60	<i>diltiazem hcl er beads</i>	23, 25	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	128
<i>daptomycin</i>	91	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	23, 25	EMTRIVA	128
<i>darunavir</i>	129	25		<i>enalapril maleate</i>	29
<i>dasatinib</i>	115	<i>dilt-xr</i>	23, 25	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	21
DAURISMO.....	115	<i>dimethyl fumarate</i>	33	ENBREL.....	57
DAYBUE	145	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	33	ENBREL MINI	57
DEBLITANE	49	DIPENTUM	74	ENBREL SURECLICK	57
<i>deferasirox</i>	131	<i>diphenoxylate-atropine</i>	39		
<i>deferiprone</i>	131	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt.</i>	60		
		<i>disulfiram</i>	70		

ENDOCET	83, 86	<i>famotidine</i>	41	<i>fondaparinux sodium</i>	135
ENGERIX-B	60	FANAPT	123	<i>formoterol fumarate</i>	82
<i>enoxaparin sodium</i>	135	FANAPT TITRATION PACK	123	<i>fosamprenavir calcium</i>	129
ENPRESSE-28	45	FARXIGA	138	<i>fosinopril sodium</i>	29
ENSKYCE	45	<i>febuxostat</i>	16	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	21
<i>entacapone</i>	72	<i>felbamate</i>	100	FOTIVDA	115
<i>entecavir</i>	125	<i>felodipine er</i>	22	FRUZAQLA	78
ENTRESTO	21	<i>fenofibrate</i>	26	<i>furosemide</i>	28
ENTYVIO PEN	53	<i>fenofibrate micronized</i>	26	FUZEON	128
<i>enulose</i>	39	<i>fenofibric acid</i>	26	FYAVOLV	45
EPCLUSA	126	<i>fentanyl</i>	83, 85	FYCOMPA	100, 101
EPIDIOLEX	100	<i>fentanyl citrate</i>	85	G	
<i>epinephrine</i>	82	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	83	<i>gabapentin</i>	97
EPITOL	17, 99	FERRIPROX	131	<i>gabapentin (once-daily)</i>	97
<i>eplerenone</i>	28	FETZIMA	104	<i>galantamine hydrobromide</i>	15
EPRONTIA	72, 100	FETZIMA TITRATION	105	<i>galantamine hydrobromide er</i>	15
ERIVEDGE	115	FILSPARI	21	GAMMAGARD	55
ERLEADA	110	<i>finasteride</i>	42	GAMMAGARD S/D LESS IGA	55
<i>erlotinib hcl</i>	115	<i>finingolimod hcl</i>	33	GAMMAPLEX	55
ERRIN	49	FINTEPLA	100	GAMUNEX-C	55
<i>ertapenem sodium</i>	95	FIRMAGON	52	GARDASIL 9	60
<i>ery</i>	39	FIRMAGON (240 MG DOSE)	52	<i>gatifloxacin</i>	66
ERY-TAB	95	FLAC	67	GATTEX	40
ERYTHROCIN		<i>flecainide acetate</i>	25	<i>gauze pads</i>	141
LACTOBIONATE	95	<i>fluconazole</i>	108	GAVILYTE-C	39
<i>erythromycin</i>	39, 66, 96	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	108	GAVILYTE-G	40
<i>erythromycin base</i>	96	<i>flucytosine</i>	108	GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK	40
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	96	<i>fludrocortisone acetate</i>	43	GAVRETO	111
<i>escitalopram oxalate</i>	89, 104	<i>flumazenil</i>	134	<i>gefitinib</i>	115
<i>esomeprazole magnesium</i>	41	<i>flunisolide</i>	80	<i>gemfibrozil</i>	26
<i>estazolam</i>	68	<i>fluocinolone acetonide</i>	36, 67	<i>generlac</i>	40
<i>estradiol</i>	48, 49	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	36	GENGRAF	57
<i>estradiol valerate</i>	49	<i>fluocinonide</i>	36	<i>gentamicin in saline</i>	90
<i>ethambutol hcl</i>	109	<i>fluocinonide emulsified base</i>	36	<i>gentamicin sulfate</i>	66, 90
<i>ethosuximide</i>	100	<i>fluorometholone</i>	64	GENVOYA	126
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	45	<i>fluorouracil</i>	38	GILOTRIF	115
<i>etodolac</i>	86	<i>fluoxetine hcl</i>	105	<i>glatiramer acetate</i>	33
<i>etodolac er</i>	86	<i>fluphenazine decanoate</i>	121	GLATOPA	33
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	45	<i>fluphenazine hcl</i>	121	GLEOSTINE	110
<i>etravirine</i>	127	<i>flurbiprofen</i>	86	<i>glimepiride</i>	138
EUTHYROX	50	<i>flurbiprofen sodium</i>	64	<i>glipizide</i>	138
<i>everolimus</i>	57, 115	<i>fluticasone propionate</i>	36, 81	<i>glipizide er</i>	138
EVOTAZ	129	<i>fluticasone propionate diskus</i>	80	<i>glipizide-metformin hcl</i>	138
EVRYSDI	30	<i>fluticasone propionate hfa</i>	80, 81	GLUCAGEN HYPOKIT	141
<i>exemestane</i>	113	<i>fluticasone-salmeterol</i>	77, 82	<i>glucagon emergency</i>	141
EXKIVITY	115	<i>fluvastatin sodium</i>	26	<i>glycopyrrolate</i>	41
<i>ezetimibe</i>	27	<i>fluvoxamine maleate</i>	105	GLYDO	87
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	27	<i>fluvoxamine maleate er</i>	105	GLYXAMBI	138
F				<i>granisetron hcl</i>	107
FALMINA	45				
<i>famciclovir</i>	126				

<i>griseofulvin microsize</i>	108	HUMULIN R U-500	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	143
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	108	(CONCENTRATED)	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	143
<i>guanfacine hcl</i>	24	HUMULIN R U-500	<i>insulin lispro prot & lispro</i> ...	143
<i>guanfacine hcl er</i>	32	KWIKPEN.....	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	143
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		<i>hydralazine hcl</i>	INTELENCE	127
.....	138, 141, 144	<i>hydrochlorothiazide</i>	INTRALIPID.....	131
GVOKE KIT	141	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	INTROVALE	45
GVOKE PFS	138, 141, 144	83,	INVEGA HAFYERA.....	123
H		84	INVEGA SUSTENNA.....	123
HADLIMA	57	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	INVEGA TRINZA	123, 124
HADLIMA PUSHTOUCH....	57	<i>hydrocortisone</i>	INVELTYS.....	64
<i>halobetasol propionate</i>	36	37, 43, 74, 75	IPOLE	60
<i>haloperidol</i>	121	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	<i>ipratropium bromide</i>	81
<i>haloperidol decanoate</i>	121	<i>hydrocortisone butyrate</i>	<i>ipratropium-albuterol</i>	78
<i>haloperidol lactate</i>	121	<i>hydrocortisone valerate</i>	<i>irbesartan</i>	24
HARVONI	126	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	
HAVRIX	60	<i>hydrocortisone valerate</i>.....	.....	21
HEATHER	49	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	ISENTRESS	127
<i>heparin sodium (porcine)</i>	135	<i>hydromorphone hcl</i>	ISENTRESS HD	126
HEPLISAV-B.....	60	<i>hydromorphone hcl pf</i>	ISIBLOOM.....	45
HIBERIX.....	60	<i>hydromorphone hcl pf</i>	ISOLYTE-P IN D5W	131
HUMALOG	141, 142	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..	ISOLYTE-S PH 7.4.....	132
HUMALOG JUNIOR		<i>hydroxyurea</i>	<i>isoniazid</i>	109
KWIKPEN	141	<i>hydroxyzine hcl</i>	<i>isosorbide dinitrate</i>	29
HUMALOG KWIKPEN	142	80, 88	<i>isosorbide mononitrate</i>	29
HUMALOG MIX 50/50		<i>hydroxyzine pamoate</i>	<i>isotretinoin</i>	29
KWIKPEN	142	80, 88	<i>isradipine</i>	34
HUMALOG MIX 75/25.....	142	HYFTOR.....	<i>itraconazole</i>	108
HUMALOG MIX 75/25		I	<i>ivabradine hcl</i>	21
KWIKPEN	142	<i>ibandronate sodium</i>	<i>ivermectin</i>	120
HUMIRA (2 PEN)	57	IBRANCE	IWILFIN.....	111
HUMIRA (2 SYRINGE)..	57, 58	113, 115	IXCHIQ	60
HUMIRA-CD/UC/HS		IBU	IXIARO	61
STARTER	58	86	J	
HUMIRA-PED<40KG		<i>ibuprofen</i>	JAKAFI	116
CROHNS STARTER.....	58	86, 87	JANTOVEN	135
HUMIRA-PED>/=40KG		<i>icatibant acetate</i>	JANUMET	138
CROHNS START	58	54	JANUMET XR.....	138
HUMIRA-PED>/=40KG UC		ICLUSIG	JANUVIA.....	139
STARTER	58	115	JARDIANCE.....	139
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		<i>icosapent ethyl</i>	JAYPIRCA	116
STARTER	58	IDHIFA	JENTADUETO	139
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		111	JENTADUETO XR.....	139
STARTER	58	ILEVRO	JULUCA.....	128
HUMULIN 70/30.....	142	64	JUNEL 1.5/30.....	45
HUMULIN 70/30 KWIKPEN		<i>imatinib mesylate</i>	JUNEL 1/20.....	45
.....	142	116	JUNEL FE 1.5/30	45
HUMULIN N	142	IMBRUVICA	JUNEL FE 1/20	45
HUMULIN N KWIKPEN....	142	116	JUXTAPID	27
HUMULIN R	142	<i>imipenem-cilastatin</i>	JYLAMVO	111
		95		
		<i>imipramine hcl</i>		
		106		
		<i>imipramine pamoate</i>		
		106		
		<i>imiquimod</i>		
		38		
		IMOVAX RABIES		
		60		
		INBRIJA.....		
		74		
		INCASSIA.....		
		45, 49		
		INCRELEX		
		50		
		<i>indapamide</i>		
		28		
		INFANRIX		
		60		
		INGREZZA		
		30, 31		
		INLYTA		
		116		
		INQOVI.....		
		111		
		INREBIC		
		116		
		<i>insulin glargine</i>		
		142		
		<i>insulin glargine solostar</i>		
		142		
		<i>insulin glargine-yfgn</i>		
		142		
		<i>insulin lispro</i>		
		143		

JYNNEOS	61	LARIN 1/20.....	46	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	
K		LARIN FE 1.5/30	46	.....	87
KALYDECO	77, 78	LARIN FE 1/20	46	<i>lidocaine viscous hcl</i>	88
KARIVA	45	<i>latanoprost</i>	67	<i>lidocaine-prilocaine</i>	88
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	132	LAZCLUZE	116	<i>linezolid</i>	91
KELNOR 1/35.....	45	LEENA	46	LINZESS	40
KELNOR 1/50.....	46	<i>leflunomide</i>	53	<i>liothyronine sodium</i>	51
KERENDIA	28	<i>lenalidomide</i>	110	<i>lisinopril</i>	29
KESIMPTA	33	LENVIMA (10 MG DAILY		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	21
<i>ketoconazole</i>	108	DOSE)	116	<i>lithium</i>	18
<i>ketoprofen</i>	87	LENVIMA (12 MG DAILY		<i>lithium carbonate</i>	18
<i>ketorolac tromethamine</i>	64, 87	DOSE)	116	<i>lithium carbonate er</i>	18
KINRIX	61	LENVIMA (14 MG DAILY		LOKELMA.....	133
KISQALI (200 MG DOSE) .	116	DOSE)	116	LONSURF	112
KISQALI (400 MG DOSE) .	116	LENVIMA (18 MG DAILY		<i>loperamide hcl</i>	39
KISQALI (600 MG DOSE) .	116	DOSE)	116	<i>lopinavir-ritonavir</i>	130
KISQALI FEMARA (200 MG		LENVIMA (20 MG DAILY		<i>lorazepam</i>	88, 97
DOSE)	111	DOSE)	117	LORAZEPAM INTENSOL ..	88,
KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (24 MG DAILY		97	
DOSE)	111	DOSE)	117	LORBRENA.....	117
KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (4 MG DAILY		LORYNA	46
DOSE)	112	DOSE)	117	<i>losartan potassium</i>	24
KLOR-CON	131, 132, 134	LENVIMA (8 MG DAILY		<i>losartan potassium-hctz</i>	21
KLOR-CON 10	132, 134	DOSE)	117	LOTEMAX.....	64
KLOR-CON M10.....	132, 134	LESSINA.....	46	LOTEMAX SM.....	64
KLOR-CON M15.....	132, 134	<i>letrozole</i>	113	<i>loteprednol etabonate</i>	64
KLOR-CON M20.....	132, 134	<i>leucovorin calcium</i>	112, 120	<i>lovastatin</i>	26
KOSELUGO	116	LEUKERAN	110	LOW-OGESTREL	46
KRAZATI	112	<i>leuprolide acetate</i>	52	<i>loxapine succinate</i>	121
KURVELO.....	46	<i>levalbuterol hcl</i>	82	<i>lubiprostone</i>	40
L		<i>levalbuterol tartrate</i>	82	LUMAKRAS.....	112
<i>labetalol hcl</i>	19	LEVEMIR	143	LUMIGAN	67
<i>lacosamide</i>	99	LEVEMIR FLEXPEN.....	143	LUMRYZ	68
<i>lactulose</i>	40	<i>levetiracetam</i>	101	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	
LAGEVRIO	130	<i>levetiracetam er</i>	101	.....	52
<i>lamivudine</i>	125, 128	<i>levobunolol hcl</i>	63	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	128	<i>levocarnitine</i>	131	.....	52
<i>lamotrigine</i>	16, 18, 101	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	80	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	
<i>lamotrigine er</i>	17, 101	<i>levofloxacin</i>	96	.....	52
<i>lamotrigine starter kit-blue</i> ...	18, 101	<i>levofloxacin in d5w</i>	96	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	
101		LEVONEST	46	.....	52
<i>lamotrigine starter kit-green</i> .	18, 101	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	46	<i>lurasidone hcl</i>	16, 124
101		<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	46	LUTERA	46
<i>lamotrigine starter kit-orange</i>		LEVORA 0.15/30 (28).....	46	LYLEQ.....	49
.....	18, 101	LEVO-T.....	51	LYNPARZA.....	112
<i>lansoprazole</i>	41	<i>levothyroxine sodium</i>	51	LYSODREN.....	51, 112
<i>lanthanum carbonate</i>	133	LEVOXYL	51	LYTGOBI (12 MG DAILY	
LANTUS	143	<i>l-glutamine</i>	145	DOSE)	117
LANTUS SOLOSTAR	143	LIBERVANT	97	LYTGOBI (16 MG DAILY	
<i>lapatinib ditosylate</i>	116	<i>lidocaine</i>	87	DOSE)	117
LARIN 1.5/30.....	46	<i>lidocaine hcl</i>	87		

LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	117	<i>metoprolol tartrate</i>	19	<i>naproxen dr</i>	87
LYZA	49	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	21	<i>naproxen sodium</i>	87
M		<i>metronidazole</i>	91	<i>naratriptan hcl</i>	70
<i>magnesium sulfate</i>	132	<i>metyrosine</i>	21	NATACYN	66
<i>malathion</i>	39	<i>mexiletine hcl</i>	25	<i>nateglinide</i>	139
<i>maraviroc</i>	128	<i>micafungin sodium</i>	108	NAYZILAM	89, 98
<i>marlissa</i>	46	MICROGESTIN 1.5/30	46	NECON 0.5/35 (28)	47
MARPLAN	104	MICROGESTIN 1/20	46	<i>nefazodone hcl</i>	105
MATULANE	110	MICROGESTIN 24 FE	46	<i>neomycin sulfate</i>	90
MATZIM LA	23, 25	MICROGESTIN FE 1.5/30	46	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	66
MAVYRET	126	MICROGESTIN FE 1/20	47	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	65
MAYZENT	33	<i>midazolam hcl</i>	89	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	65, 66
MAYZENT STARTER PACK	33	<i>midazolam hcl (pf)</i>	88, 89	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	65, 67
<i>meclizine hcl</i>	106	<i>midodrine hcl</i>	24	NEO-POLYCIN	65
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	49	<i>mifepristone</i>	141	NEO-POLYCIN HC	65
<i>mefloquine hcl</i>	121	MIGERGOT	71	NEORAL	58
<i>megestrol acetate</i>	49	<i>miglitol</i>	139	NERLYNX	117
MEKINIST	117	<i>miglustat</i>	145	NEUPOGEN	136
MEKTOVI	117	<i>minocycline hcl</i>	97	NEUPRO	73
<i>meloxicam</i>	87	<i>minoxidil</i>	30	<i>nevirapine</i>	127
<i>memantine hcl</i>	15	<i>mirtazapine</i>	103	<i>nevirapine er</i>	127
<i>memantine hcl er</i>	15	<i>misoprostol</i>	42, 50	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	27
MENACTRA	61	M-M-R II	61	NIACOR	27
MENEST	49	<i>modafinil</i>	68	<i>nicardipine hcl</i>	22
MENQUADFI	61	<i>moexipril hcl</i>	29	NICOTROL	69
MENVEO	61	<i>molindone hcl</i>	121	NICOTROL NS	69
<i>mepiperidine hcl</i>	84	<i>mometasone furoate</i>	37	<i>nifedipine er</i>	22
<i>mercaptapurine</i>	58, 111	<i>montelukast sodium</i>	81	<i>nifedipine er osmotic release</i>	22
<i>meropenem</i>	95	<i>morphine sulfate</i>	84, 86	NIKKI	47
<i>mesalamine</i>	74	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	84, 85	<i>nilutamide</i>	110
<i>mesalamine er</i>	74	<i>morphine sulfate er</i>	85	<i>nimodipine</i>	22
MESNEX	120	<i>morphine sulfate er beads</i>	85	NINLARO	112
<i>metformin hcl</i>	139	MOVANTIK	40	<i>nisoldipine er</i>	22
<i>metformin hcl er</i>	139	<i>moxifloxacin hcl</i>	66, 96	<i>nitazoxanide</i>	121
<i>methadone hcl</i>	85	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	96	<i>nitisinone</i>	145
<i>methazolamide</i>	64	MRESVIA	61	NITRO-BID	29
<i>methenamine hippurate</i>	91	MULTAQ	25	NITRO-DUR	29
<i>methimazole</i>	53	<i>mupirocin</i>	39	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	91
<i>methotrexate sodium</i>	58, 112	<i>mupirocin calcium</i>	39	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	91
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	58, 112	<i>mycophenolate mofetil</i>	58	<i>nitroglycerin</i>	29, 30
<i>methoxsalen rapid</i>	38	<i>mycophenolate sodium</i>	58	NITYR	145
<i>methsuximide</i>	100	MYRBETRIQ	42	NIVESTYM	136
<i>methylphenidate hcl</i>	32	N		<i>nizatidine</i>	41
<i>methylphenidate hcl er</i>	32	<i>nabumetone</i>	87	NORA-BE	49
<i>methylprednisolone</i>	43, 44, 75	<i>nadolol</i>	19	NORDITROPIN FLEXPRO	50
<i>methylprednisolone acetate</i>	75	<i>nafacillin sodium</i>	94	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	47
<i>metoclopramide hcl</i>	40, 106	<i>naloxone hcl</i>	68, 69	<i>norethindrone</i>	49
<i>metolazone</i>	28	<i>naltrexone hcl</i>	69, 70		
<i>metoprolol succinate er</i>	19	<i>naproxen</i>	87		

<i>norethindrone acetate</i>	49	OTEZLA	38, 59	<i>pilocarpine hcl</i>	64, 67
NORTREL 0.5/35 (28).....	47	<i>oxacillin sodium</i>	94	<i>pimozide</i>	122
NORTREL 1/35 (21).....	47	<i>oxaprozin</i>	87	PIMTREA.....	47
NORTREL 1/35 (28).....	47	<i>oxcarbazepine</i>	99	<i>pindolol</i>	19
NORTREL 7/7/7	47	<i>oxcarbazepine er</i>	99	<i>pioglitazone hcl</i>	139
<i>nortriptyline hcl</i>	106	<i>oxybutynin chloride</i>	43	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	139
NORVIR.....	130	<i>oxybutynin chloride er</i>	42	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	139, 140
NUBEQA	110	<i>oxycodone hcl</i>	84	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	95
NUCALA	78, 79	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	84, 85	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	118
NUEDEXTA	31	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	139	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	118
NUPLAZID.....	124	OZEMPIC (1 MG/DOSE)....	139	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	118
NURTEC.....	70, 72	OZEMPIC (2 MG/DOSE)....	139	<i>pirfenidone</i>	78
NUTRILIPID	131	P		<i>piroxicam</i>	87
NYAMYC	108	<i>paliperidone er</i>	124	PLASMA-LYTE 148	132
NYLIA 1/35	47	PANRETIN	38	PLASMA-LYTE A	132
NYLIA 7/7/7	47	<i>pantoprazole sodium</i>	41	<i>podofilox</i>	38
<i>nystatin</i>	108	<i>paricalcitol</i>	76	POLYCIN.....	66
<i>nystatin-triamcinolone</i>	38	<i>paroxetine hcl</i>	90, 105	<i>polymyxin b sulfate</i>	91
NYSTOP	109	<i>paroxetine hcl er</i>	90, 105	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	65, 66
O		PAXLOVID (150/100).....	130	POMALYST.....	110
OCELLA	47	PAXLOVID (300/100).....	130	PORTIA-28	47
<i>octreotide acetate</i>	52	<i>pazopanib hcl</i>	117	<i>posaconazole</i>	109
ODEFSEY	128	PEDIARIX	61	<i>potassium chloride</i>	133
ODOMZO	117	PEDVAX HIB.....	61	<i>potassium chloride crys er</i> ... 132, 134	131, 132, 134
OFEV	78	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	40	<i>potassium chloride er</i>	132
<i>ofloxacin</i>	66, 67	<i>peg-3350/electrolytes</i>	40	<i>potassium chloride in nacl</i>	132
OGSIVEO	113, 114	PEGASYS	55	<i>potassium citrate er</i>	133
OJEMDA.....	117	PEMAZYRE	118	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	133
OJJAARA.....	112	PENBRAYA	61	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..	73
<i>olanzapine</i>	16, 124	<i>penicillamine</i>	42, 131	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	73
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	103	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	94	<i>prasugrel hcl</i>	135
<i>olmesartan medoxomil</i>	24	<i>penicillin g potassium</i>	94	<i>pravastatin sodium</i>	27
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	21	<i>penicillin g sodium</i>	94	<i>praziquantel</i>	120
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ... 21	21	<i>penicillin v potassium</i>	94, 95	<i>prazosin hcl</i>	22, 42
<i>olopatadine hcl</i>	80	PENTACEL.....	61	<i>prednisolone</i>	44, 75
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	27	<i>pentamidine isethionate</i>	121	<i>prednisolone acetate</i>	64
<i>omeprazole</i>	41	<i>pentoxifylline er</i>	21	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	44, 65, 75
<i>ondansetron</i>	107	<i>perindopril erbumine</i>	29	<i>prednisone</i>	44, 75
<i>ondansetron hcl</i>	107	PERIOGARD	67	PREDNISONE INTENSOL..	44, 75
ONUREG	111	<i>permethrin</i>	39	75	
OPSUMIT	79	<i>perphenazine</i>	106, 121	<i>preferred plus insulin syringe</i>	143
OPVEE	69	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	103	<i>pregabalin</i>	31, 100
ORFADIN	145	PERSERIS.....	16, 124		
ORGOVYX.....	112	PHEBURANE.....	145		
ORKAMBI.....	78	<i>phenelzine sulfate</i>	104		
ORLADEYO.....	21	<i>phenobarbital</i>	98		
<i>orphenadrine citrate</i>	144	PHENYTEK.....	99		
<i>orphenadrine citrate er</i>	144	<i>phenytoin</i>	99		
ORSERDU	111	<i>phenytoin sodium extended</i>	99		
<i>oseltamivir phosphate</i>	129	PIFELTRO	127		
OSPHENA	48				

<i>pregabalin er</i>	31, 100	<i>quetiapine fumarate er</i> ..	16, 103, 124	<i>rivastigmine tartrate</i>	15
PREHEVBRIO.....	61	<i>quinapril hcl</i>	29	<i>rizatriptan benzoate</i>	70, 71
PREMARIN.....	49	<i>quinidine gluconate er</i>	25	ROCKLATAN.....	64, 65
PREMASOL.....	131	<i>quinidine sulfate</i>	25	<i>roflumilast</i>	82
PREMPRO.....	47	<i>quinine sulfate</i>	121	<i>ropinirole hcl</i>	73
<i>prenatal</i>	134	R		<i>ropinirole hcl er</i>	73
<i>pretomanid</i>	109	RABAVERT.....	61	<i>rosuvastatin calcium</i>	27
PREVALITE.....	27	RADICAVA ORS STARTER		ROTARIX.....	62
PREVYMIS.....	125	KIT.....	31	ROTATEQ.....	62
PREZCOBIX.....	130	<i>raloxifene hcl</i>	48	ROWEEPRA.....	101
PREZISTA.....	130	<i>ramelteon</i>	68	ROZLYTREK.....	78, 118
PRIFTIN.....	109	<i>ramipril</i>	29	RUBRACA.....	118
<i>primaquine phosphate</i>	121	<i>ranolazine er</i>	21	<i>rufinamide</i>	99
<i>primidone</i>	98	<i>rasagiline mesylate</i>	73	RUKOBIA.....	129
PRIORIX.....	61	RAVICTI.....	145	RYBELSUS.....	140
PRIVIGEN.....	55	RECLIPSEN.....	47	RYDAPT.....	118
<i>probenecid</i>	16	RECOMBIVAX HB.....	62	RYTARY.....	74
<i>prochlorperazine</i>	107	RECORLEV.....	44	S	
<i>prochlorperazine maleate</i> ...	107, 122	REGRANEX.....	38	SAJAZIR.....	54
PROCTO-MED HC.....	37	RELENZA DISKHALER....	129	SANDIMMUNE.....	59
PROCTOSOL HC.....	37	RELI-ON INSULIN SYRINGE		SANTYL.....	38
PROCTOZONE-HC.....	37, 75	.....	143	SAPHRIS.....	17, 125
<i>progesterone</i>	50	RELISTOR.....	40	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	145
PROGRAF.....	59	<i>repaglinide</i>	140	SAVELLA.....	31
PROLASTIN-C.....	145	REPATHA.....	28	SAVELLA TITRATION PACK	
PROLIA.....	76	REPATHA PUSHTRONEX		.....	31
PROMACTA.....	136, 137	SYSTEM.....	27	<i>saxagliptin hcl</i>	140
<i>promethazine hcl</i>	80, 107	REPATHA SURECLICK.....	28	<i>saxagliptin-metformin er</i>	140
<i>propafenone hcl</i>	25	RESTASIS.....	59, 65	SCSEMBLIX.....	118
<i>propafenone hcl er</i>	25	RESTASIS MULTIDOSE.....	59, 65	<i>scopolamine</i>	41, 107
<i>propranolol hcl</i>	19	RETACRIT.....	137	SECUADO.....	17, 125
<i>propranolol hcl er</i>	19	RETEVMO.....	112	<i>selegiline hcl</i>	73
<i>propylthiouracil</i>	53	REVLIMID.....	110	<i>selenium sulfide</i>	37
PROQUAD.....	61	REXULTI.....	124	SELZENTRY.....	129
PROSOL.....	131	REYATAZ.....	130	SEREVENT DISKUS.....	82
<i>protriptyline hcl</i>	106	REZLIDHIA.....	114	<i>sertraline hcl</i>	90, 105
PULMOZYME.....	78	REZUROCK.....	59	<i>sevelamer carbonate</i>	133
PURIXAN.....	111	REZVOGLAR KWIKPEN ..	143	SHAROBEL.....	47, 50
<i>pyrazinamide</i>	109	<i>ribavirin</i>	126	SHINGRIX.....	62
<i>pyridostigmine bromide</i>	16	<i>rifabutin</i>	109	SIGNIFOR.....	52
<i>pyridostigmine bromide er</i>	16	<i>rifampin</i>	109	SIKLOS.....	111, 137
PYRUKYND.....	136	<i>riluzole</i>	31	<i>sildenafil citrate</i>	79
PYRUKYND TAPER PACK		<i>rimantadine hcl</i>	129	<i>sildenafil oral tablet</i>	42
.....	136, 137	RINVOQ.....	53	<i>silodosin</i>	42
Q		<i>risedronate sodium</i>	76	<i>silver sulfadiazine</i>	38
<i>qc pen needles</i>	143	<i>risperidone</i>	17, 125	SIMBRINZA.....	64
QINLOCK.....	118	<i>risperidone microspheres er</i> ..	16, 17, 124, 125	SIMLANDI (1 PEN).....	59
QUADRACEL.....	61	<i>ritonavir</i>	130	SIMLANDI (2 PEN).....	59
<i>quetiapine fumarate</i>	16, 103, 124	<i>rivastigmine</i>	15	<i>simvastatin</i>	27

SIVEXTRO	91	<i>sumatriptan succinate refill</i>	71	<i>testosterone cypionate</i>	48
SKYCLARYS	31	<i>sunitinib malate</i>	118	<i>testosterone enanthate</i>	48
SKYRIZI	53, 54	SUNLENCA.....	129	<i>tetrabenazine</i>	31
SKYRIZI PEN.....	53	SUPREP BOWEL PREP KIT		<i>tetracycline hcl</i>	97
<i>sodium chloride</i>	133	.....	40, 133	THALOMID.....	110
<i>sodium fluoride</i>	133	SYMBICORT.....	77	THEO-24	83
<i>sodium oxybate</i>	68	SYMLINPEN 120	140	<i>theophylline</i>	83
<i>sodium phenylbutyrate</i>	145	SYMLINPEN 60	140	<i>theophylline er</i>	83
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	133	SYMPAZAN.....	98	<i>thioridazine hcl</i>	122
<i>solifenacin succinate</i>	43	SYMTUZA.....	127	<i>thiothixene</i>	122
SOLQUA	143	SYNAREL.....	52	<i>tiagabine hcl</i>	98
SOLTAMOX.....	111	SYNJARDY	140	TIBSOVO.....	114
SOMAVERT.....	52	SYNJARDY XR.....	140	TICOVAC	62
<i>sorafenib tosylate</i>	118	SYNTHROID.....	51	<i>tigecycline</i>	92
SORINE	26	T		TILIA FE	47
<i>sotalol hcl</i>	26	TABLOID	111	<i>timolol maleate</i>	19, 63, 72
<i>sotalol hcl (af)</i>	26	TABRECTA.....	118	TIVICAY	127
SPIRIVA HANDIHALER.....	81	<i>tacrolimus</i>	37, 59	TIVICAY PD.....	127
SPIRIVA RESPIMAT	81	<i>tadalafil (pah)</i>	79	<i>tizanidine hcl</i>	70
<i>spironolactone</i>	28	<i>tadalafil oral tablet</i>	42	TOBRADEX	65
<i>spironolactone-hctz</i>	21	TAFINLAR	118	<i>tobramycin</i>	66, 78
SPRINTEC 28.....	47	TAGRISSE	118	<i>tobramycin sulfate</i>	90
SPRITAM.....	101	TAKHZYRO	54, 55	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	66
SPS (SODIUM		TALTZ	54	<i>tolterodine tartrate</i>	43
POLYSTYRENE SULF) .	134	TALZENNA.....	119	<i>tolterodine tartrate er</i>	43
SRONYX	47	<i>tamoxifen citrate</i>	111	<i>topiramate</i>	72, 102
SSD.....	38	<i>tamsulosin hcl</i>	42	<i>topiramate er</i>	72, 102
STELARA.....	54	TARINA FE 1/20 EQ.....	47	<i>toremifene citrate</i>	110
STIOLTO RESPIMAT	77	TASIGNA	119	<i>torse mide</i>	28
STIVARGA.....	118	<i>tasimelteon</i>	68	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
<i>streptomycin sulfate</i>	90	TAVNEOS	59, 86	.....	143
STRIBILD.....	127	<i>tazarotene</i>	34	TOUJEO SOLOSTAR	143
SUBVENITE.....	18, 101	TAZVERIK.....	119	TPN ELECTROLYTES	131
SUBVENITE STARTER KIT-		TDVAX.....	62	TRADJENTA.....	140
BLUE	18, 101	TEFLARO	93	<i>tramadol hcl</i>	85
SUBVENITE STARTER KIT-		TEGRETOL	18, 99	<i>tramadol-acetaminophen</i>	85
GREEN.....	18, 101	TEGRETOL-XR	18, 99	<i>trandolapril</i>	29
SUBVENITE STARTER KIT-		<i>telmisartan</i>	24	<i>tranexamic acid</i>	134
ORANGE	18, 101	<i>telmisartan-hctz</i>	22	<i>tranylcypromine sulfate</i>	104
SUCRAID	145	<i>temazepam</i>	68	TRAVASOL.....	131
<i>sucrafate</i>	42	TENIVAC	62	<i>travoprost (bak free)</i>	67
<i>sulfacetamide sodium</i>	66	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>trazodone hcl</i>	105
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	65	.....	125, 128	TRECATOR.....	109
<i>sulfadiazine</i>	96	TEPMETKO.....	119	TRELEGY ELLIPTA.....	77
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>terazosin hcl</i>	22, 42	TRELSTAR MIXJECT	52
.....	96	<i>terbinafine hcl</i>	109	TRESIBA	144
SULFAMYLON.....	39	<i>terbutaline sulfate</i>	82	TRESIBA FLEXTOUCH....	144
<i>sulfasalazine</i>	74	<i>terconazole</i>	109	<i>tretinoin</i>	34, 120
<i>sulindac</i>	87	<i>teriflunomide</i>	33	<i>triamcinolone acetonide</i> ..	37, 38,
<i>sumatriptan</i>	71	<i>teriparatide</i>	76	67, 75	
<i>sumatriptan succinate</i>	71	<i>testosterone</i>	48	<i>triamterene-hctz</i>	22

TRIDERM.....	38	VALTOCO 5 MG DOSE .89, 98		XARELTO STARTER PACK	
<i>trientine hcl</i>	131	<i>vancomycin hcl</i>	92	.....	136
<i>trifluoperazine hcl</i>	122	VANDAZOLE	92	XATMEP.....	59, 113
<i>trifluridine</i>	66, 126	VANFLYTA	119	XCOPRI	102
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	73	VAQTA	62	XCOPRI (250 MG DAILY	
TRIJARDY XR.....	140	<i>varenicline tartrate</i>	69	DOSE)	102
TRI-LEGEST FE.....	47	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	69	XCOPRI (350 MG DAILY	
<i>trimethoprim</i>	92	VARIVAX.....	62	DOSE)	102
<i>trimipramine maleate</i>	106	VASCEPA.....	28	XELJANZ.....	54
TRINTELLIX.....	105	VAXCHORA	62	XELJANZ XR	54, 59
TRI-SPRINTEC	48	VELIVET	48	XERMELO.....	39
TRIUMEQ.....	129	VELTASSA.....	134	XGEVA	76
<i>triumeq pd</i>	129	VEMLIDY.....	126	XIFAXAN	39, 40, 92
TRIVORA (28)	48	VENCLEXTA.....	119	XIGDUO XR.....	141
TROPHAMINE.....	131	VENCLEXTA STARTING		XIIDRA	65
<i>tropium chloride</i>	43	PACK	119	XOLAIR.....	54
TRULANCE.....	40	<i>venlafaxine besylate er</i> ...	90, 105	XOLREMDI.....	137
TRULICITY.....	141	<i>venlafaxine hcl</i>	90, 105	XOSPATA.....	120
TRUMENBA	62	<i>venlafaxine hcl er</i>	90, 105	XPOVIO (100 MG ONCE	
TRUQAP	119	VENTAVIS	79	WEEKLY).....	113
TUKYSA.....	112	<i>verapamil hcl</i>	23, 26	XPOVIO (40 MG ONCE	
TURALIO	119	<i>verapamil hcl er</i>	23, 26	WEEKLY).....	113
TURQOZ.....	48	VERQUVO	22	XPOVIO (40 MG TWICE	
TWINRIX.....	62	VERSACLOZ	122	WEEKLY).....	113
TYBOST	129	VERZENIO	119	XPOVIO (60 MG ONCE	
TYMLOS	76	VIAGRA	42	WEEKLY).....	113
TYPHIM VI	62	VICTOZA	141	XPOVIO (60 MG TWICE	
TYVASO DPI		<i>vigabatrin</i>	98	WEEKLY).....	113
MAINTENANCE KIT	79	VIGAFYDE.....	98	XPOVIO (80 MG ONCE	
TYVASO DPI TITRATION		VIJOICE	145	WEEKLY).....	113
KIT	79	<i>vilazodone hcl</i>	105	XPOVIO (80 MG TWICE	
U		VIRACEPT	130	WEEKLY).....	113
UBRELVY	70	VIREAD.....	126, 128	XTANDI.....	110
UNITHROID.....	51	VITRAKVI.....	119	XURIDEN	113, 146
UPTRAVI.....	79	VIZIMPRO.....	119	Y	
UPTRAVI TITRATION	79	VONJO.....	119	YF-VAX.....	63
<i>ursodiol</i>	40	VORANIGO.....	112, 113	Z	
V		<i>voriconazole</i>	109	<i>zafirlukast</i>	81
<i>valacyclovir hcl</i>	126	VOSEVI	126	<i>zaleplon</i>	68
VALCHLOR	110	VRAYLAR.....	125	ZEJULA	120
<i>valganciclovir hcl</i>	125	VUMERITY	33	ZELBORAF	120
<i>valproic acid</i>	18, 72, 102	VYFEMLA.....	48	ZENATANE.....	34
<i>valsartan</i>	24	VYZULTA	67	ZENPEP	146
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		W		<i>zidovudine</i>	128
.....	22	<i>warfarin sodium</i>	135	<i>ziprasidone hcl</i>	17, 125
VALTOCO 10 MG DOSE....	89, 98	WELIREG	113	<i>ziprasidone mesylate</i>	17, 125
VALTOCO 15 MG DOSE....	89, 98	WIXELA INHUB.....	77	ZIRGAN.....	66
VALTOCO 20 MG DOSE....	89, 98	X		ZOLINZA.....	113
		XALKORI.....	119	<i>zolmitriptan</i>	71
		XARELTO	135, 136	<i>zolpidem tartrate</i>	68
				<i>zolpidem tartrate er</i>	68

ZONISADE.....	100	ZTALMY	98	ZYKADIA.....	120
<i>zonisamide</i>	99	ZURZUVAE	103		
ZOVIA 1/35 (28).....	48	ZYDELIG.....	120		

Este formulario fue actualizado el 19 de noviembre de 2024. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC., al 1-866-333-5470 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.mmmpr.com.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Y0049_2024 1085 0001 2_C

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-5470 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-5470 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-866-333-5470 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-866-333-5470 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-5470 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-5470 (ATS: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-5470 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-5470 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-5470 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-5470 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-866-333-5470 (TTY: 711)). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-5470 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई

व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-5470 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-5470 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-5470 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-5470 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-866-333-5470 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Ukrainian: У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наше здоров'я або план наркотиків. Щоб отримати перекладача, просто зателефонуйте нам за адресою 1-866-333-5470 (телетайп: 711). Той, хто говорить англійською / мовою, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

Catalan: Disposem de serveis d'intèrpret gratuït per respondre a qualsevol pregunta que pugui tenir sobre el nostre pla de salut o medicaments. Per aconseguir un intèrpret, només cal que ens truquis al 1-866-333-5470 (TTY:711). Algú que parla anglès/idioma us pot ajudar. És un servei gratuït.