

2025 Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”)



Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

06



IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE TIENEN COBERTURA EN ESTE PLAN

Lista de Medicamentos Aprobados por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (HPMS), ID 25040

Esta lista de medicamentos se actualizó el 07/01/2025. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con nosotros a través de Servicios para Miembros de Wellcare al **1-800-431-9007** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite wellcare.com/healthnetCA.

Nota para los miembros existentes: esta Lista de medicamentos ha experimentado cambios con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta Lista de Medicamentos (Formulario) se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Wellcare. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

Este documento incluye una Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, actualizada al 07/01/2025. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en las páginas de portada y contraportada.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es la Lista de Medicamentos de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)?

En este documento, utilizamos los términos Lista de Medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá los medicamentos que se indican en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicalemente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿La lista de medicamentos puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de distribución de costos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en nuestro sitio web: wellcare.com/healthnetCA.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestra lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión nueva de ese medicamento que aparecerá con las mismas restricciones o con menos. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos, podemos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista de medicamentos, pero añadir nuevas restricciones de inmediato.

Solo podemos realizar estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en la lista de medicamentos (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o un producto biológico original, es posible que no le informemos por adelantado antes de que se realice un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos este cambio, usted o su profesional que expide recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que se ha cambiado para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de Medicamentos de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o la Food and Drug Administration (FDA) determina que se lo retira por razones de seguridad o eficacia, podemos retirar de inmediato el medicamento de nuestra lista de medicamentos y, más tarde, notificar a los miembros que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente están tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca de la lista de medicamentos cuando se añade un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando se añade un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o trasladarlo a un nivel de distribución de costos diferente, o ambos. Podemos realizar modificaciones de acuerdo con las nuevas directrices clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestra lista de medicamentos o agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada para un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio se haga efectivo. Alternativamente, cuando un miembro solicita un reabastecimiento del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su profesional que expide recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. La notificación que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. Asimismo, puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de Medicamentos de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)?”

Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento en la actualidad. Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos del 2025 que estaba cubierto a comienzos de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo nivel de distribución de costos y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios lo afectarían, y es importante revisar si en la lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios se efectuó algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta está vigente desde el 07/01/2025. Si desea obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada.

El formulario se actualizará mensualmente y se publicará en nuestro sitio web. Para obtener una lista de medicamentos impresa actualizada o información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros mediante nuestra información de contacto indicada en la portada y contraportada.

¿Cómo se utiliza la Lista de medicamentos?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están divididos en categorías dependiendo del tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar la condición cardiaca están enumerados bajo la categoría “Cardiovascular, Hipertensión/Lípidos”. Si usted sabe para qué sirve su medicamento, mire el nombre de la categoría en la lista que inicia en la página 1. Luego, busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de la categoría, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página INDEX-1. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se indican en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, usted verá el número de página donde podrá encontrar la información de la cobertura. Vaya hacia la página indicada 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 los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para numerosos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos, que se pueden sustituir por medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’, en la que se indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa:** nuestro plan requiere que usted o su profesional que expide recetas obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará tener la aprobación de nuestro plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** en el caso de ciertos fármacos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 18 tabletas por receta para rizatriptán 5 mg. Esto puede complementar un suministro regular mensual o trimestral.
- **Terapia Escalonada:** en algunos casos, nuestro plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para dicha condición. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Puede consultar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en el formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea en los que se explica nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la Lista de Medicamentos por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de Medicamentos de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)?” en la página VII para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la Lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si descubre que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que tengan cobertura de nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la Lista de Medicamentos de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)?

Puede solicitar que nuestro plan realice una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel de distribución de costos predeterminado, y no podría pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo.
- Usted puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, como la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, en el caso de algunos medicamentos, existe un límite de la cantidad del medicamento que cubre nuestro plan. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, nuestro plan solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted y/o le causarían efectos médicos adversos.

Usted o el profesional que expide recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción a la lista de medicamentos, que incluye una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando usted solicite una excepción, el profesional que expide recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo del profesional que expide recetas. Puede solicitar una decisión expedita (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar hasta 72 horas para obtener una decisión podría afectar gravemente su salud. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que expide recetas pide una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo del profesional que expide recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. O puede que esté tomando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su profesional que expide recetas sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico a fin de determinar el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en algunos casos durante los primeros 90 días tras convertirse en miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos o que tiene una restricción de cobertura, cubrimos un suministro temporal de 30 días. Si la receta médica está indicada para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 30 días como máximo. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la lista de medicamentos.

Si experimenta un cambio en el nivel de atención (como el alta o la admisión en un centro de cuidado a largo plazo), su médico o farmacia pueden llamar a nuestro Centro de Servicios de Proveedores y solicitar una anulación por única vez. Esta anulación por única vez será un suministro de hasta 30 días (a menos que tenga una receta escrita para menos días).

Para obtener más información

Para información más detallada sobre la cobertura de los medicamentos recetados de su plan, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la Lista de Medicamentos por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

Lista de medicamentos de nuestro plan

El formulario que aparece a continuación proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página INDEX-1.

La primera columna de la tabla muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva y en minúsculas (p. ej., *simvastatin*).

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

- **NM** significa que el medicamento no está disponible a través de su beneficio mensual de servicio por correo. Esto se indica en la columna Requisitos/Límites de su formulario. Puede recibir más de un mes de suministro de la mayoría de los medicamentos indicados en su formulario a través del servicio por correo a un costo compartido reducido. Consulte el Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura para obtener más información.
- **PA** significa Autorización Previa: consulte la página V para obtener más información.
- **PA-NS** significa Autorización Previa para Nuevos Tratamientos: esto significa que, si es la primera vez que toma el medicamento, deberá obtener nuestra aprobación antes de adquirirlo. Si está tomando este medicamento en el momento de la inscripción, no se le pedirá cumplir con los criterios de aprobación.
- **B/D** significa Cubierto Conforme a Medicare B o D. Este medicamento puede ser elegible para el pago en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) debe obtener nuestra autorización previa a fin de determinar que el medicamento esté cubierto conforme a la Parte D de Medicare antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
- **QL** significa Límites de Cantidad: consulte la página V para obtener más información.
- **LA** significa medicamento de Acceso Limitado. Esta receta puede estar disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de Farmacias, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-431-9007** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite **wellcare.com/healthnetCA**.
- **ST** significa Terapia Escalonada: consulte la página V para obtener más información.
- **^** significa que el medicamento puede estar disponible solo para un suministro de hasta 30 días.

Cantidades de copago/coseguro por nivel de medicamentos

Los medicamentos recetados se agrupan en un nivel. Para averiguar en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte la columna Nivel de Medicamento del formulario que comienza en la página 1. Para obtener información más detallada acerca de los gastos de bolsillo de las recetas, incluido cualquier deducible que pueda aplicarse, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

- **El Nivel 1 (Nivel Único)** incluye todos los medicamentos genéricos y de marca.
 - Copago: \$0

Consulte su Evidencia de Cobertura o Resumen de Beneficios para conocer sus copagos/coseguros y cantidades correspondientes.

Table of Contents

AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS	3
ANTIINFECCIOSOS	5
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	15
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIA	23
GASTROENTEROLOGÍA	27
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA	31
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES	35
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA	45
MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ/LA GARGANTA	62
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS	63
MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA	64
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	66
OFTALMOLOGÍA	73
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES	76
SUMINISTROS VARIOS	82
TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS/TÓPICOS	82
VITAMINAS, MINERALES/ELECTROLITOS	87

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
AGENTES DE DIAGNÓSTICO/VARIOS		
AGENTES VARIOS		
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	\$0 (1)	
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (1)	
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	\$0 (1)	PA; LA; ^
cevimeline oral capsule 30 mg	\$0 (1)	
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	B/D
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (1)	PA; ^
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (1)	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	\$0 (1)	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	\$0 (1)	
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	\$0 (1)	
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	\$0 (1)	PA; ^
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	\$0 (1)	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	
levocarnitine oral tablet 330 mg	\$0 (1)	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; ^
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
riluzole oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
risedronate oral tablet 30 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	\$0 (1)	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (1)	
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	\$0 (1)	PA; ^
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (1)	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	\$0 (1)	
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	\$0 (1)	
trientine oral capsule 250 mg	\$0 (1)	PA; ^
water for irrigation, sterile irrigation solution	\$0 (1)	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
------------------------	----------------	---------------------------

DISUASIVOS PARA FUMADORES

bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	\$0 (1)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$0 (1)
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (1)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	\$0 (1)
varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	\$0 (1)

ANTIINFECCIOSOS

AGENTES ANTIFÚNGICOS

ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (1)	B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	\$0 (1)	B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	\$0 (1)	
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	\$0 (1)	
CRESEMDA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0 (1)	PA; ^
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA; ^
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	\$0 (1)	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)	
itraconazole oral capsule 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	\$0 (1)	
nystatin oral tablet 500,000 unit	\$0 (1)	
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (96 EA per 30 days); ^
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	\$0 (1)	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	\$0 (1)	PA; ^
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	\$0 (1)	PA; ^
voriconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (480 EA per 30 days)
AGENTES PARA EL TRACTO URINARIO		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	\$0 (1)	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES RELACIONADOS CON LA SULFANILAMIDA		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (1)	
ANTIVIRALES		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (5 ml)</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG</i>	\$0 (1)	^
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML</i>	\$0 (1)	^
<i>BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG</i>	\$0 (1)	^
<i>CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG</i>	\$0 (1)	^
<i>COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG</i>	\$0 (1)	^
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (1)	^
DESCOVI ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (1)	^
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	^
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (1)	^
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (1)	^
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	^
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1)	^
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	\$0 (1)	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0 (1)	^
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (1)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1)	^
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0 (1)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1)	^
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (1)	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (120 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1) ^	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	\$0 (1)	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1) ^	
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5)	\$0 (1)	QL (20 EA per 90 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)- 100 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 90 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1) ^	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0 (1) ^	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)	QL (400 ML per 30 days); ^
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	QL (480 EA per 30 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (1) ^	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0 (1) ^	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1) ^	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 28 days); ^
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1) ^	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	\$0 (1) ^	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	^
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0 (1)	^
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1)	^
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0 (1)	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (1)	^
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	\$0 (1)	LA; ^
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	^
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	\$0 (1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	^
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (1)	^
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (1)	^
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	\$0 (1)	^
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefazin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefazin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefazin intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (1)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
cefepime in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (1)
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1)
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
ceftriaxone in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	\$0 (1)
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	\$0 (1)
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
tazicef intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (1) ^
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS	
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)
azithromycin oral packet 1 gram	\$0 (1)
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>DIFICID ORAL TABLET 200 MG</i>	\$0 (1)	QL (20 EA per 10 days); ^
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS DIVERSOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	^
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	\$0 (1)	
<i>ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML</i>	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (1)	
<i>CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 ML per 56 days); ^
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	\$0 (1)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 10 days)
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (1)	^
<i>EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG</i>	\$0 (1)	^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (1)	QL (14 EA per 14 days)
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	\$0 (1)	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (20 EA per 30 days)
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	\$0 (1)	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	QL (1800 ML per 30 days); ^
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>linezolid-0.9% sodium chloride intravenous parenteral solution 600 mg/300 ml</i>	\$0 (1)	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 10 days)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (1)	QL (10 EA per 10 days)
<i>metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days); ^
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	\$0 (1)	B/D; QL (1 EA per 28 days)
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0 (1)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	PA; ^
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (1)	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (1)	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	\$0 (1)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	\$0 (1)	^
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	\$0 (1)	PA; QL (280 ML per 28 days); ^
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	\$0 (1)	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	\$0 (1)	QL (4000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	\$0 (1)	QL (1000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	\$0 (1)	QL (4050 ML per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	\$0 (1)	QL (20 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.25 gram	\$0 (1)	QL (16 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.5 gram	\$0 (1)	QL (14 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram, 5 gram	\$0 (1)	QL (2 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	QL (10 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	\$0 (1)	QL (27 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 125 mg	\$0 (1)	QL (40 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	\$0 (1)	QL (80 EA per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
PENICILINAS		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	\$0 (1)	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0 (1)	
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el 07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>		\$0 (1)
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>		\$0 (1)
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>		\$0 (1)
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		\$0 (1)
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		\$0 (1)
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>		\$0 (1)
<i>ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>		\$0 (1)
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>		\$0 (1)
<i>ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>		\$0 (1)
<i>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML</i>		\$0 (1)
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		\$0 (1)
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>		\$0 (1)
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>		\$0 (1)
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>		\$0 (1) ^
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>		\$0 (1)
<i>PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML</i>		\$0 (1)
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit</i>		\$0 (1)
<i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>		\$0 (1)
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>		\$0 (1)
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		\$0 (1)
<i>pfiberpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit</i>		\$0 (1)
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>		\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el

07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
-------------------------------	---

QUINOLONAS

<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0 (1)
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	\$0 (1)
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	\$0 (1)
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	\$0 (1)
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0 (1)
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	\$0 (1)

TETRACICLINAS

<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 (1)
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 (1)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)

CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (1)
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (1)
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (1)
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (1)	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (1)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (1)	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)	
AGENTES CARDIOVASCULARES DIVERSOS		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1)	QL (450 ML per 30 days)
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	\$0 (1)	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (1)	PA
AGENTES REDUCTORES DE LÍPIDOS/COLESTEROL		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine light oral powder 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	\$0 (1)	
colesevelam oral tablet 625 mg	\$0 (1)	
colestipol oral granules 5 gram	\$0 (1)	
colestipol oral packet 5 gram	\$0 (1)	
colestipol oral tablet 1 gram	\$0 (1)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML</i>	\$0 (1)	PA
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>prevalite oral powder 4 gram</i>	\$0 (1)	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	\$0 (1)	
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM</i>	\$0 (1)	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nitro-bid transdermal ointment 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (1)	
TRATAMIENTO CONTRA LA HIPERTENSIÓN		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid 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>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	\$0 (1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOL ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	\$0 (1)	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0 (1)	
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
hydralazine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)	
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)	
losartan oral tablet 100 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
losartan oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (1)	PA; ^
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (1)	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
olmesartan oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipine-hctiazid 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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
spironolactone-hydrochlorothiazide oral tablet 25-25 mg	\$0 (1)	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide oral tablet 80-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	\$0 (1)	PA; LA; ^
triamterene-hydrochlorothiazide oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	\$0 (1)	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (1)	
TRATAMIENTO PARA LA COAGULACIÓN		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG</i>	\$0 (1)	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS, DOSE PACK 5 MG (74 TABS)</i>	\$0 (1)	QL (74 EA per 180 days)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	\$0 (1)	QL (74 EA per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	\$0 (1)	
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 (1)	
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 (1)	^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	\$0 (1)	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	\$0 (1)	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	\$0 (1)	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	\$0 (1)	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0 (1)	QL (51 EA per 180 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	QL (775 ML per 28 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALERGÉNICOS		
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (1)	
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	PA
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 (1)	Only Epinephrine NDCs starting with 00093 and 49502 are covered; QL (4 EA per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	PA
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA
AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	\$0 (1)	B/D
<i>ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
<i>ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION</i>	\$0 (1)	QL (12 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	\$0 (1)	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	\$0 (1)	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	\$0 (1)	B/D; QL (120 ML per 30 days)
<i>ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION</i>	\$0 (1)	QL (25.8 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	\$0 (1)	QL (10.7 GM per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	\$0 (1)	Breyna is generic for Symbicort; QL (30.9 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	\$0 (1)	B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (8 GM per 30 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	\$0 (1)	B/D
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	\$0 (1)	QL (16 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	\$0 (1)	B/D; QL (120 ML per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0 (1)	PA; LA; QL (20 EA per 30 days); ^
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	\$0 (1)	PA; QL (27 ML per 30 days); ^
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (1)	B/D
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	\$0 (1)	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	\$0 (1)	QL (34 GM per 30 days)
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	\$0 (1)	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
<i>ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (270 EA per 30 days); ^
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (270 EA per 30 days); ^
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
<i>PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML</i>	\$0 (1)	B/D; ^
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (27 ML per 30 days); ^
<i>SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days)
<i>SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)</i>	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG</i>	\$0 (1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	\$0 (1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	\$0 (1)	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (1)	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	\$0 (1)	PA; QL (56 EA per 28 days); ^
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	18 gm inhaler; QL (36 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
GASTROENTEROLOGÍA		
AGENTES GASTROINTESTINALES DIVERSOS		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	\$0 (1)	B/D
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	\$0 (1)	LA; ^
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	\$0 (1)	
<i>budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 (1)	
<i>CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT</i>	\$0 (1)	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	\$0 (1)	
<i>GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	\$0 (1)	PA; ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	\$0 (1)	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (1)	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (1)	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	\$0 (1)	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (1)	PA; QL (20 EA per 30 days); ^
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	\$0 (1)	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	\$0 (1)	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg	\$0 (1)	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	\$0 (1)	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	\$0 (1)	
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	\$0 (1)	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	\$0 (1)	
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	\$0 (1)	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 (1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>protozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	\$0 (1)	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	\$0 (1)	PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (30 ML per 180 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	\$0 (1)	PA; QL (1.2 ML per 56 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0 (1)	PA; QL (2.4 ML per 56 days); ^
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	\$0 (1)	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	\$0 (1)	PA; ^
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	\$0 (1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (1)	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
VOWST ORAL CAPSULE	\$0 (1)	PA; LA; ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------

ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	\$0 (1)
--	---------

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (1)
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	\$0 (1)
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (1)
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	\$0 (1)

TRATAMIENTO PARA LAS ÚLCERAS

<i>dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	\$0 (1)	
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	\$0 (1)	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
sucralfate oral tablet 1 gram	\$0 (1)	
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1)	PA; QL (14 EA per 28 days); ^
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	\$0 (1)	PA; ^
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; ^
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (1)	PA; ^
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0 (1)	PA; ^
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	\$0 (1)	PA; ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (1)	PA; QL (4 ML per 28 days); ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days); ^
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA; ^
VACUNAS/MEDICAMENTOS INMUNOLÓGICOS DIVERSOS		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (1)	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	\$0 (1)	NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1)	PA; NM; ^
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (1)	NM
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (1)	NM
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (1)	NM

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
IPOV INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (1)	NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	\$0 (1)	PA; NM; ^
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 (1)	NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (1)	NM

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (1)	NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 (1)	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 (1)	NM
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1)	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1)	NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------

YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0 (1)	NM
---	---------	----

MEDICAMENTOS
ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES

AGENTES COMPLEMENTARIOS

leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
mesna oral tablet 400 mg	\$0 (1)	^
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (1)	B/D; ^

MEDICAMENTOS
ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES

abiraterone oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days); ^
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (1)	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
azacitidine injection recon soln 100 mg	\$0 (1)	B/D; ^
azathioprine oral tablet 50 mg	\$0 (1)	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
bexarotene oral capsule 75 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
bexarotene topical gel 1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	B/D; ^
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	\$0 (1)	B/D; ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (330 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days); ^
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (112 EA per 28 days); ^
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
 07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	\$0 (1)	B/D; ^
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D; ^
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (1)	PA-NS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	\$0 (1)	B/D
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (1)	B/D
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	\$0 (1)	B/D; ^
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1)	^
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (150 EA per 30 days); ^
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	B/D; ^
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 (1)	PA-NS
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	\$0 (1)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	B/D; ^
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	\$0 (1)	B/D
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (1)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	^
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (126 EA per 28 days); ^
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (168 EA per 28 days); ^
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (324 ML per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (280 ML per 28 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days); ^
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml</i>	\$0 (1)	B/D
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
IWLIFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (1)	
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	\$0 (1)	B/D; ^
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (49 EA per 30 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (70 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (91 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; QL (42 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (1)	PA-NS; QL (63 EA per 28 days); ^
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	\$0 (1)	PA-NS; ^
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	^
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 (1)	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	^
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	\$0 (1)	PA-NS; QL (112 EA per 28 days); ^
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; QL (140 EA per 28 days); ^
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA; ^
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	\$0 (1)	PA
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	^
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (1)	B/D
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D; ^
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>mycophenolic acid dr 180 mg tb</i>	\$0 (1)	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
<i>mycophenolic acid dr 360 mg tb</i>	\$0 (1)	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	^
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 EA per 28 days); ^
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0 (1)	^
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (1)	PA; ^
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (1)	PA
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	\$0 (1)	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (96 ML per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	\$0 (1)	PA-NS; QL (16 EA per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; QL (20 EA per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	\$0 (1)	PA-NS; QL (24 EA per 28 days); ^
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 (1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>paraplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	B/D; ^
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	\$0 (1)	B/D
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; QL (28 EA per 28 days); ^
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (1)	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (1)	^
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (336 EA per 28 days); ^
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (224 EA per 28 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (300 EA per 30 days); ^
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	B/D; ^
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (1)	
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (28 EA per 28 days); ^
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (840 EA per 28 days); ^
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (112 EA per 28 days); ^
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	\$0 (1)	B/D; LA; ^
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
THALOMID ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
toremifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	B/D; ^
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	\$0 (1)	^
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (64 EA per 28 days); ^
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days); ^
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (7 EA per 7 days); ^
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (42 EA per 180 days); ^
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	\$0 (1)	
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	B/D
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days); ^
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days); ^
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ZELBORAFL ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	B/D; ^
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS/PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIQUIATRÍA		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
benztropine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	\$0 (1)	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
carbidopa oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	
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	\$0 (1)	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	\$0 (1)	PA; QL (300 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
------------------------	----------------	---------------------------

NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	\$0 (1)	
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg</i>	\$0 (1)	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	\$0 (1)	Over the counter NDCs are not eligible for coverage under Medicare; QL (1000 GM per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	\$0 (1)	QL (224 GM per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	\$0 (1)	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	\$0 (1)	
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	\$0 (1)	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	\$0 (1)	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control.analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	\$0 (1)	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
morphine injection syringe 4 mg/ml	\$0 (1)	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1)	
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)	
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	\$0 (1)	
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days); ^
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg	\$0 (1)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	\$0 (1)	
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	\$0 (1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	\$0 (1)	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (1)	QL (720 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
<i> gabapentin oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	\$0 (1)	QL (2160 ML per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i> lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days); ^
<i> lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days)
<i> lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i> lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i> lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i> lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i> lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i> lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	\$0 (1)	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	\$0 (1)	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	\$0 (1)	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (10 EA per 30 days); ^
methsuximide oral capsule 300 mg	\$0 (1)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (1)	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	\$0 (1)	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	PA-NS
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	\$0 (1)	PA-NS
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0 (1)	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	\$0 (1)	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	\$0 (1)	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	
roweepra oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days); ^
rufinamide oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	\$0 (1)	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	\$0 (1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (1)	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>vigadronate oral powder in packet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>vigadronate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0 (1)	QL (28 EA per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0 (1)	QL (28 EA per 180 days); ^
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0 (1)	PA-NS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1100 ML per 30 days); ^
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILITY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 56 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 28 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0 (1)	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0 (1)	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 28 days)
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	\$0 (1)	ST; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (360 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg</i>	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 180 days); ^
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>dexamethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>dexamethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	
<i>duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	ST; QL (60 EA per 30 days); ^
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	\$0 (1)	ST; QL (8 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0 (1)	QL (28 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (1)	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0 (1)	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (1)	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0 (1)	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0 (1)	QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0 (1)	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0 (1)	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0 (1)	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0 (1)	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0 (1)	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0 (1)	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0 (1)	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0 (1)	QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>MARPLAN ORAL TABLET 10 MG</i>	\$0 (1)	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 36 mg, 36 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (3 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG</i>	\$0 (1)	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	\$0 (1)	^
<i>REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
<i>RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML</i>	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (540 ML per 30 days); ^
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	\$0 (1)	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (28 EA per 365 days); ^
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (14 EA per 365 days); ^
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2.4 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (1 EA per 28 days)
PRODUCTOS DIVERSOS PARA EL TRATAMIENTO NEUROLÓGICO		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	\$0 (1)	PA; QL (28 EA per 180 days); ^
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (14 EA per 7 days); ^
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 180 days); ^
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 ML per 30 days); ^
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA; QL (12 ML per 28 days); ^
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 ML per 30 days); ^
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA; QL (12 ML per 28 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	\$0 (1)	PA; LA; QL (28 EA per 180 days); ^
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (1)	PA
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	\$0 (1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (20 ML per 180 days); ^
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days); ^
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^
RELAJANTES MUSCULARES/TRATAMIENTO ANTIESPASMÓDICO		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	
TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA/CEFALEA EN BROTES		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	^
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (1)	QL (40 EA per 28 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	\$0 (1)	PA; QL (16 EA per 30 days); ^
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (1)	QL (8 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (1)	QL (8 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (1)	QL (8 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ/LA GARGANTA		
AGENTES VARIOS		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (1)	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	\$0 (1)	QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	\$0 (1)	QL (45 ML per 30 days)
<i>kourzeq dental paste 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	\$0 (1)	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	\$0 (1)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	\$0 (1)	
CORTICOIDE/ANTIBIÓTICO ÓTICO		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (1)	QL (7.5 ML per 7 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (1)	
PREPARACIONES ÓTICAS DIVERSAS		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	\$0 (1)	
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML</i>	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)
<i>MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS DIVERSOS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG</i>	\$0 (1)	PA; LA
<i>ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG</i>	\$0 (1)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (1)	
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
TRATAMIENTO PARA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA		
BENIGNA (BPH)		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	\$0 (1)	
MUSCULOESQUELÉTICO/REUMATOLOGÍA		
OTROS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	\$0 (1)	PA; ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (6 EA per 180 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 180 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 180 days); ^
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days); ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (4 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (2 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	\$0 (1)	PA; QL (55 EA per 180 days); ^
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	^
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (360 ML per 30 days); ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days); ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	\$0 (1)	PA; QL (84 EA per 180 days); ^
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	\$0 (1)	QL (55 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (3 EA per 180 days); ^
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 EA per 28 days); ^
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 EA per 28 days); ^
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 28 days); ^
TRATAMIENTO PARA LA GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	\$0 (1)	
TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	\$0 (1)	QL (3 ML per 90 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	\$0 (1)	QL (3 ML per 90 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
<i>PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML</i>	\$0 (1)	QL (1 ML per 180 days)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
<i>TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)</i>	\$0 (1)	PA; Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.48 ML per 28 days); ^
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (1)	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 (1)	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (1)	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)	
balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)	
(camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)	
(camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)	
(daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)	
(desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	\$0 (1)	
(drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4)	\$0 (1)	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0 (1)	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)	
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
estarrylla oral tablet 0.25-0.035 mg	\$0 (1)	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0 (1)	
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)	
finzala oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	\$0 (1)	
gummily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)	
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)	
kaitlib fe oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0 (1)	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	\$0 (1)	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
Inorgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)	
layolis fe oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0 (1)	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	\$0 (1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	\$0 (1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	\$0 (1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 (1)	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (1)	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (1)	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (1)	
<i>mibelas 24 fe oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	\$0 (1)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	\$0 (1)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>mil oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 (1)	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 (1)	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (1)	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	\$0 (1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg	\$0 (1)
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	\$0 (1)
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
ocella oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	\$0 (1)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	\$0 (1)
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
syeda oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	\$0 (1)
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	\$0 (1)
tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	\$0 (1)
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	\$0 (1)
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	\$0 (1)
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	\$0 (1)
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	\$0 (1)
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 (1)
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	\$0 (1)
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	\$0 (1)
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	\$0 (1)
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	\$0 (1)
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (1)
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	\$0 (1)
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	\$0 (1)
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)
<i>wymzya fe oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)</i>	\$0 (1)
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	\$0 (1)
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	\$0 (1)
ESTRÓGENOS/PROGESTERONA	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML</i>	\$0 (1)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 (1)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 (1)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 (1)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	\$0 (1)	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (1)	
<i>PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM</i>	\$0 (1)	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (1)	
PRODUCTOS DE OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA DIVERSOS		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 (1)	
<i>etonogestrel-ethynodiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 (1)	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	\$0 (1)
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	\$0 (1)
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	\$0 (1)
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0 (1)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (1)
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (1)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (1)
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0 (1)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	\$0 (1)
OFTALMOLOGÍA	
ANTIBIÓTICOS	
<i>ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	\$0 (1)
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	\$0 (1)
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500- 10,000 unit/gram</i>	\$0 (1)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (1)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	\$0 (1)
<i>gatifloxacina ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (1)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	\$0 (1)
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (1)
<i>moxifloxacina ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (1)
<i>moxifloxacina ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	\$0 (1)
<i>NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %</i>	\$0 (1)
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	\$0 (1)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	\$0 (1)
<i>ofloxacina ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (1)
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	\$0 (1)
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
------------------------	--

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %	\$0 (1)
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	\$0 (1)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	\$0 (1)
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	\$0 (1)

ANTIVIRALES

trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (1)

BLOQUEADORES BETA

betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)

COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS

neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	\$0 (1)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	\$0 (1)
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (1)
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)

ESTEROIDES

dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	\$0 (1)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (1)	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %</i>	\$0 (1)	
<i>ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	\$0 (1)	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS DIVERSOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	\$0 (1)	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %</i>	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 %</i>	\$0 (1)	PA; ^
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	\$0 (1)	
<i>XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 42 days); ^
SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
------------------------	--

SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES

AGENTES ANTITIROIDEOS

methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg \$0 (1)

propylthiouracil oral tablet 50 mg \$0 (1)

HORMONAS DE LA TIROIDE

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 \$0 (1)

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 \$0 (1)

levothyroxine 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 \$0 (1)

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 \$0 (1)

liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg \$0 (1)

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 \$0 (1)

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 \$0 (1)

HORMONAS SUPRARRENALES

dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml \$0 (1)

dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml \$0 (1)

dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml \$0 (1)

dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg \$0 (1)

dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml \$0 (1)

dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml \$0 (1)

dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml \$0 (1)

fludrocortisone oral tablet 0.1 mg \$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (1)	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	\$0 (1)	
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	\$0 (1)	
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	\$0 (1)	
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	\$0 (1)	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	\$0 (1)	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	\$0 (1)	
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; ^
cabergoline oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)	
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	\$0 (1)	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	\$0 (1)	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (1)	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (1)	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days); ^
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	\$0 (1)	^
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 (1)	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (1)	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	\$0 (1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; ^
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA; LA; ^
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (1)	PA; ^
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	PA; ^
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1)	PA; LA; ^
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	\$0 (1)	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (1)	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	PA; ^
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	\$0 (1)	PA; ^
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; LA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (1)	
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	\$0 (1)	PA; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	\$0 (1)	PA; QL (300 GM per 30 days)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	PA; ^
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	\$0 (1)	B/D
TRATAMIENTO PARA LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>alcohol pads topical pads, medicated</i>	\$0 (1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.4 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (1)	^
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1)	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1)	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML), 200 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	
INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	\$0 (1)	QL (75 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	\$0 (1)	PA; QL (1.8 ML per 30 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (960 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	QL (480 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0 (1)	QL (15 ML per 25 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	\$0 (1)	QL (15 ML per 30 days)
SUMINISTROS VARIOS		
SUMINISTROS VARIOS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (1)	BD Preferred
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)	BD Preferred
TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS/TÓPICOS		
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	\$0 (1)	QL (44 GM per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	\$0 (1)	
ANTIFÚNGICOS TÓPICOS		
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	\$0 (1)	QL (90 GM per 28 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	\$0 (1)	QL (100 GM per 28 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	\$0 (1)	QL (60 ML per 28 days)
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	\$0 (1)	QL (45 GM per 28 days)
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	\$0 (1)	QL (30 ML per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	\$0 (1)	QL (45 GM per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	\$0 (1)	QL (60 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ketoconazole topical cream 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
naftifine topical cream 1 %	\$0 (1)	QL (90 GM per 28 days)
naftifine topical cream 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
naftifine topical gel 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)

CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

ala-cort topical cream 1 %	\$0 (1)	
alclometasone topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (150 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (100 ML per 28 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical shampoo 0.05 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 28 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 28 days)
clodan topical shampoo 0.05 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 28 days)
desonide topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	\$0 (1)	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	\$0 (1)	
mometasone topical cream 0.1 %	\$0 (1)	
mometasone topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	
mometasone topical solution 0.1 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)	
triderm topical cream 0.5 %	\$0 (1)	
ESCABICIDAS TÓPICOS/PEDICULICIDAS		
malathion topical lotion 0.5 %	\$0 (1)	
permethrin topical cream 5 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
MEDICAMENTOS ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2.5 ML per 28 days); ^
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (1)	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (12 ML per 180 days); ^
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days); ^
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days); ^
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days); ^
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS DIVERSOS		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	\$0 (1)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	\$0 (1)	
<i>dermacinrx lidocan topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	\$0 (1)	PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (1)	PA; QL (1.5 ML per 30 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	\$0 (1)	PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	\$0 (1)	QL (40 GM per 30 days)
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0 (1)	QL (24 EA per 28 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	\$0 (1)	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	\$0 (1)	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	QL (7 ML per 28 days)
<i>REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %</i>	\$0 (1)	QL (15 GM per 30 days); ^
<i>SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM</i>	\$0 (1)	QL (180 GM per 30 days)
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
<i>tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tridacaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %</i>	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days); ^
TRATAMIENTO CONTRA EL ACNÉ		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
<i>amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
azelaic acid topical gel 15 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	\$0 (1)	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	\$0 (1)	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %	\$0 (1)	
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg	\$0 (1)	
metronidazole topical cream 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical lotion 0.75 %	\$0 (1)	QL (59 ML per 30 days)
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
tazarotene topical cream 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA
tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
VITAMINAS, MINERALES/ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	\$0 (1)	
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	\$0 (1)	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	\$0 (1)	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	\$0 (1)	
<i>klor-con oral packet 20 meq</i>	\$0 (1)	
<i>lactated ringers intravenous parenteral solution</i>	\$0 (1)	
<i>MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML</i>	\$0 (1)	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	\$0 (1)	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	\$0 (1)	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	\$0 (1)	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	\$0 (1)	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	\$0 (1)	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	\$0 (1)	
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	\$0 (1)	
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	\$0 (1)	
PRODUCTOS NUTRICIONALES DIVERSOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1)	B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1)	B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0 (1)	B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0 (1)	B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0 (1)	B/D
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
electrolyte-a intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
intralipid intravenous emulsion 20 %	\$0 (1)	B/D
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)	
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (1)	B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)	B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)	B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (1)	B/D
VITAMINAS/MINERALES		
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)	
fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel del Requisitos / Limitaciones med.
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (1)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al principio de esta. Actualizado el
07/01/2025

Índice de medicamentos

abacavir.....	6	altavera (28).....	66	ashlyna	66
abacavir-lamivudine.....	6	ALUNBRIG.....	35	aspirin-dipyridamole	22
ABELCET.....	5	alyacen 1/35 (28).....	66	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	82
ABILIFY ASIMTUFI.....	52, 53	alyacen 7/7/7 (28).....	66	atazanavir.....	6
ABILIFY MAINTENA.....	53	alyq.....	24	atenolol.....	18
abiraterone.....	35	amantadine hcl.....	6	atenolol-chlorthalidone	18
abittega.....	35	ambrisentan.....	24	atomoxetine	53
ABRYSVO (PF).....	31	amethia.....	66	atorvastatin.....	16
acamprosate.....	3	amikacin.....	11	atovaquone	11
acarbose.....	78	amiloride.....	17	atovaquone-proguanil	11
accutane.....	86	amiloride-hydrochlorothiazide ...	17	atropine	75
acebutolol.....	17	amiodarone.....	15	ATROVENT HFA.....	24
acetaminophen-codeine	47	amitriptyline.....	53	aubra eq.....	66
acetazolamide.....	75	amlodipine.....	18	AUGTYRO	35
acetic acid.....	3, 63	amlodipine-atorvastatin	16	aurovela fe 1.5/30 (28).....	66
acetylcysteine.....	24	amlodipine-benazepril.....	18	aurovela fe 1-20 (28).....	66
acitretin.....	84	amlodipine-olmesartan	18	AUSTEDO	60
ACTEMRA.....	64	amlodipine-valsartan	18	AUSTEDO XR	60
ACTEMRA ACTPEN.....	64	amlodipine-valsartan-hcthiazid ..	18	AUSTEDO XR TITRATION	
ACTHIB (PF).....	31	ammonium lactate.....	85	KT(WK1-4).....	60
ACTIMMUNE.....	31	amnesteem.....	86	AUVELITY	53
acyclovir.....	6	amoxapine	53	aviane	66
acyclovir sodium.....	6	amoxicillin.....	13	AYVAKIT	35
ADACEL(TDAP		amoxicillin-pot clavulanate	14	azacitidine	35
ADOLESN/ADULT)(PF).....	31	amphotericin b	5	azathioprine	35
adapalene.....	86	ampicillin	14	azelaic acid	87
adefovir.....	6	ampicillin sodium	14	azelastine	62, 75
ADEMPAS.....	24	ampicillin-sulbactam	14	azithromycin	10, 11
adrenalin.....	23	anagrelide	3	aztreonam	11
ADVAIR HFA.....	24	anastrozole	35	azurette (28)	67
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	61	ANORO ELLIPTA.....	24	bacitracin	73
AKEEGA.....	35	apraclonidine	75	bacitracin-polymyxin b	73
ak-poly-bac.....	73	aprepitant	27	baclofen	61
ala-cort.....	83	apri.....	66	balsalazide	27
albendazole.....	11	APTIOM	49	BALVERSA	35
albuterol sulfate.....	24	APTIVUS.....	6	balziva (28)	67
alclometasone.....	83	aranelle (28).....	66	BARACLUDE	6
alcohol pads	78	ARCALYST	31	BCG VACCINE, LIVE (PF)	31
ALDURAZYME.....	77	AREXVVY (PF).....	31	BELSOMRA	53
ALECENSA.....	35	arformoterol	24	benazepril	18
alendronate	66	ARIKAYCE	11	benazepril-hydrochlorothiazide ..	18
alfuzosin.....	63	ariPIPRAZOLE	53	BENDEKA	35
aliskiren.....	17	ARISTADA	53	BENLYSTA	64
allopurinol.....	65	ARISTADA INITIO	53	benztropine	45
alosetron.....	27	armodafinil	53	BESREMI	31
ALPHAGAN P	75	ARNUITY ELLIPTA.....	24	betaine	27
alprazolam	53	asenapine maleate	53	betamethasone dipropionate	83

<i>betamethasone valerate</i>	83	CALQUENCE	36	<i>chlorpromazine</i>	54
<i>betamethasone, augmented</i>	83	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	36	<i>chlorthalidone</i>	18
BETASERON	31	<i>camila</i>	71	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	16
<i>betaxolol</i>	18, 74	<i>camrese</i>	67	<i>cholestyramine light</i>	16
<i>bethanechol chloride</i>	63	<i>camrese lo</i>	67	<i>ciclopirox</i>	82
BEVESPI AEROSPHERE	25	<i>candesartan</i>	18	<i>cilostazol</i>	22
<i>bexarotene</i>	35	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	18	CIMDUO	6
BEXSERO	31	CAPLYTA	54	<i>cinacalcet</i>	77
<i>bicalutamide</i>	35	CAPRELSA	36	<i>ciprofloxacin</i>	15
BICILLIN L-A	14	<i>captopril</i>	18	<i>ciprofloxacin hcl</i>	15, 73
BIKTARVY	6	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	18	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	15
<i>bisoprolol fumarate</i>	18	<i>carbamazepine</i>	49	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	62
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	18	<i>carbidopa</i>	45	<i>cisplatin</i>	36
BIVIGAM	31	<i>carbidopa-levodopa</i>	45	<i>citalopram</i>	54
<i>blisovi 24 fe</i>	67	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>claravis</i>	87
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	67	<i>entacapone</i>	45	<i>clarithromycin</i>	11
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	67	<i>carboplatin</i>	36	<i>clindamycin hcl</i>	11
BOOSTRIX TDAP	32	<i>carglumic acid</i>	3	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	11
BORTEZOMIB	35	<i>carteolol</i>	74	<i>clindamycin phosphate</i>	11, 72, 87
<i>bortezomib</i>	35	<i>cartia xt</i>	18	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	87
<i>bosentan</i>	25	<i>carvedilol</i>	18	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE	
BOSULIF	36	<i>caspofungin</i>	5	FREE	89
BRAFTOVI	36	CAYSTON	11	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF	
BREO ELLIPTA	25	<i>cefaclor</i>	9	FREE	89
<i>breyna</i>	25	<i>cefadroxil</i>	9	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT	
BREZTRI AEROSPHERE	25	<i>cefazolin</i>	9	FREE	3
<i>briellyn</i>	67	<i>cefdinir</i>	9	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-	
BRILINTA	22	<i>cefepime</i>	10	FREE)	89
<i>brimonidine</i>	75	<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	10	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-	
<i>brinzolamide</i>	75	<i>cefixime</i>	10	FREE)	89
BRIVIACT	49	<i>cefoxitin</i>	10	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-	
<i>bromfenac</i>	74	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	10	FREE)	89
<i>bromocriptine</i>	45	<i>cefpodoxime</i>	10	<i>clobazam</i>	49
BRUKINSA	36	<i>cefpodoxime</i>	10	<i>clobetasol</i>	83
<i>budesonide</i>	25, 27	<i>ceprozil</i>	10	<i>clobetasol-emollient</i>	83
<i>bumetanide</i>	18	<i>ceftazidime</i>	10	<i>clodan</i>	83
<i>buprenorphine hcl</i>	47	<i>ceftriaxone</i>	10	<i>clomipramine</i>	54
<i>buprenorphine-naloxone</i>	46	<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	10	<i>clonazepam</i>	49
<i>bupropion hcl</i>	53	<i>cefuroxime axetil</i>	10	<i>clonidine</i>	18
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	5	<i>cefuroxime sodium</i>	10	<i>clonidine hcl</i>	18
<i>buspirone</i>	54	<i>celecoxib</i>	46	<i>clopidogrel</i>	22
<i>butorphanol</i>	46	<i>cephalexin</i>	10	<i>clorazepate dipotassium</i>	54
BYDUREON BCISE	78	<i>cetirizine</i>	23	<i>clotrimazole</i>	5, 82
<i>cabergoline</i>	77	<i>cevimeline</i>	3	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	82
CABOMETYX	36	CHEMET	3	<i>clozapine</i>	54
<i>calcipotriene</i>	84	<i>chlorhexidine gluconate</i>	62	COARTEM	11
<i>calcitonin (salmon)</i>	77	<i>chloroquine phosphate</i>	11		
<i>calcitriol</i>	77				

COBENFY	54	DANZITEN	36	diazoxide	79
COBENFY STARTER PACK	54	dapsone	11	diclofenac potassium	46
colchicine	65	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)		diclofenac sodium	46, 74
colesevelam	16	(PF)	32	diclofenac-misoprostol	46
colestipol	16	daptomycin	11	dicloxacillin	14
colistin (<i>colistimethate na</i>)	11	darunavir	6	dicyclomine	30
COLUMVI	36	dasatinib	36	DIFICID	11
COMBIGAN	75	dasetta 1/35 (28)	67	diflunisal	46
COMBIVENT RESPIMAT	25	dasetta 7/7/7 (28)	67	diluprednate	74
COMETRIQ	36	DAURISMO	36	digoxin	16
COMPLERA	6	daysee	67	dihydroergotamine	61
compro	27	deblitane	71	DILANTIN	49
constulose	27	deferasirox	3	DILANTIN EXTENDED	49
COPIKTRA	36	DELSTRIGO	7	DILANTIN INFATABS	49
CORLANOR	16	demeocycline	15	DILANTIN-125	49
COSENTYX	85	DENGVAXIA (PF)	32	diltiazem hcl	18, 19
COSENTYX (2 SYRINGES)	84	DEPO-SUBQ PROVERA 104	71	dilt-xr	19
COSENTYX PEN	85	dermacinrx lidocan	85	dimethyl fumarate	60
COSENTYX PEN (2 PENS)	85	DESCOVY	7	diphenhydramine hcl	23
COSENTYX UNOREADY PEN	85	desipramine	54	diphenoxylate-atropine	30
COTELLIC	36	desloratadine	23	dipyridamole	22
CREON	27	desmopressin	77, 78	disopyramide phosphate	15
CRESEMDA	5	desog-e.estradiol/e.estradiol	67	disulfiram	4
cromolyn	25, 27, 75	desogestrel-ethinyl estradiol	67	divalproex	50
cryselle (28)	67	desonide	83	docetaxel	37
cyclobenzaprine	61	desvenlafaxine succinate	54	dofetilide	15
cyclophosphamide	36	dexamethasone	76	dolishale	67
CYCLOPHOSPHAMIDE	36	dexamethasone intensol	76	donepezil	60
cyclosporine	36, 75	dexamethasone sodium phos		DOPTELET (10 TAB PACK)	22
cyclosporine modified	36	(pf)	76	DOPTELET (15 TAB PACK)	22
CYLTEZO(CF)	64	dexamethasone sodium		DOPTELET (30 TAB PACK)	22
CYLTEZO(CF) PEN	64	phosphate	74, 76	dorzolamide	75
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	64	dexlansoprazole	30	dorzolamide-timolol	75
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	64	dexamethylphenidate	54	dotti	71
ciproheptadine	23	dextroamphetamine sulfate	54	DOVATO	7
cyred eq	67	dextroamphetamine-		doxazosin	19
CYSTAGON	63	amphetamine	55	doxepin	55
CYSTARAN	75	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	3	doxercalciferol	78
cytarabine	36	dextrose 10 % in water (d10w)	3	doxorubicin	37
d10 %-0.45 % sodium chloride	3	dextrose 5 % in water (d5w)	3	doxorubicin, peg-liposomal	37
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	3	dextrose 5 %-lactated ringers	3	doxy-100	15
d5 % and 0.9 % sodium chloride	3	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	3	doxycycline hydrate	15
d5 %-0.45 % sodium chloride	3	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	3	doxycycline monohydrate	15
dabigatran etexilate	22	dextrose 50 % in water (d50w)	4	DRIZALMA SPRINKLE	55
dalfampridine	60	dextrose 70 % in water (d70w)	4	dronabinol	27
danazol	77	DIACOMIT	49	drospirenone-e.estradiol-lm.fa	67
dantrolene	61	diazepam	49, 55	drospirenone-ethinyl estradiol	67
		diazepam intensol	55	DROXIA	37

droxidopa	4	ENTRESTO	16	famotidine	30
duloxetine	55	enulose	27	famotidine (pf)	30
DUPIXENT PEN	85	ENVARCUS XR	37	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	30
DUPIXENT SYRINGE	85	EPIDIOLEX	50	FANAPT	55
dutasteride	63	epinephrine	24	FARXIGA	79
dutasteride-tamsulosin	64	epitol	50	FASENRA	25
EDARBI	19	EPKINLY	37	FASENRA PEN	25
EDARBYCLOR	19	eplerenone	19	febuxostat	65
EDURANT	7	EPRONTIA	50	felbamate	50
efavirenz	7	ergotamine-caffiene	62	felodipine	19
efavirenz-emtricitabin-tenofov	7	ERIVEDGE	37	fenofibrate	17
efavirenz-lamivu-tenofov disop	7	ERLEADA	37	fenofibrate micronized	17
electrolyte-148	89	erlotinib	37	fenofibrate nanocrystallized	17
electrolyte-48 in d5w	89	errin	71	fenofibric acid (choline)	17
electrolyte-a	89	ertapenem	12	fentanyl	48
ELIGARD	37	ery pads	87	fentanyl citrate	48
ELIGARD (3 MONTH)	37	ery-tab	11	FETZIMA	55
ELIGARD (4 MONTH)	37	ERYTHROCIN	11	finasteride	64
ELIGARD (6 MONTH)	37	erythrocin (as stearate)	11	fingolimod	60
elinest	67	erythromycin	11, 73	FINTEPLA	50
ELIQUIS	22	erythromycin with ethanol	87	finzala	67
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		erythromycin-benzoyl peroxide ..	87	FIRMAGON KIT W DILUENT	
START	22	escitalopram oxalate	55	SYRINGE	38
ELLENCE	37	esomeprazole magnesium	30	flac otic oil	63
ELMIRON	63	estarrylla	67	flecainide	15
ELREXFIO	37	estradiol	71, 72	fluconazole	5
eluryng	72	estradiol valerate	72	fluconazole in nacl (iso-osm)	5
EMGALITY PEN	62	estradiol-norethindrone acet	72	flucytosine	5
EMGALITY SYRINGE	62	ethambutol	12	fludrocortisone	76
EMSAM	55	ethosuximide	50	flunisolide	25
emtricitabine	7	ethynodiol diac-eth estradiol	67	fluocinolone	84
emtricitabine-tenofovir (tdf)	7	etodolac	46, 47	fluocinolone acetonide oil	63
EMTRIVA	7	etongestrel-ethinyl estradiol	72	fluocinolone and shower cap	83
EMVERM	11	etoposide	37	fluocinonide	84
emzahh	71	etravirine	7	fluocinonide-e	84
enalapril maleate	19	EULEXIN	37	fluocinonide-emollient	84
enalapril-hydrochlorothiazide	19	euthyrox	76	fluoride (sodium)	89
ENBREL	64	everolimus (antineoplastic)	37	fluorometholone	74
ENBREL MINI	64	everolimus		fluorouracil	38, 85
ENBREL SURECLICK	64	(immunosuppressive)	37	fluoxetine	55
endocet	47	EVOTAZ	7	fluphenazine decanoate	55
ENGERIX-B (PF)	32	exemestane	37	fluphenazine hcl	55, 56
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	32	EXKIVITY	37	flurbiprofen	47
enoxaparin	22	ezetimibe	16	flurbiprofen sodium	74
enpresse	67	ezetimibe-simvastatin	16	fluticasone propionate	25, 84
enskyce	67	FABRAZYME	78	fluticasone propion-salmeterol	25
entacapone	45	falmina (28)	67	fluvastatin	17
entecavir	7	famciclovir	7	fluvoxamine	56

<i>fondaparinux</i>	22, 23	<i>glimepiride</i>	79	HUMULIN R U-500 (CONC)
<i>formoterol fumarate</i>	25	<i>glipizide</i>	79	KWIKPEN
<i>fosamprenavir</i>	7	<i>glipizide-metformin</i>	79	19
<i>fosinopril</i>	19	<i>glutamine (sickle cell)</i>	4	<i>hydralazine</i>
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	19	<i>glycopyrrolate</i>	30	19
FOTIVDA	38	<i>glydo</i>	86	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
FRUZAQLA	38	GLYXAMBI	79	48
<i>fulvestrant</i>	38	GOMEKLI	38	<i>hydrocodone-ipuprofen</i>
<i>furosemide</i>	19	<i>granisetron (pf)</i>	28	48
FUZEON	7	<i>granisetron hcl</i>	28	<i>hydrocortisone</i>
<i>fyavolv</i>	72	<i>griseofulvin microsize</i>	5	28, 77, 84
FYCOMPA	50	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5	<i>hydroxychloroquine</i>
<i> gabapentin</i>	50	<i>guanfacine</i>	19, 56	12
<i> galantamine</i>	60	GVOKE	79	<i>hydroxyurea</i>
<i> gallifrey</i>	72	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	79	38
GAMASTAN	32	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	79	<i>ibuprofen</i>
GAMMAGARD LIQUID	32	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	79	24
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	32	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	79	<i>hydroxyzine pamoate</i>
GAMMAKED	32	HAEGARDA	25	24
GAMMAPLEX	32	<i>hailey 24 fe</i>	67	<i>ibandronate</i>
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	32	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	68	66
GAMUNEX-C	32	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	68	IBRANCE
<i>ganciclovir sodium</i>	7	<i>halobetasol propionate</i>	84	38
GARDASIL 9 (PF)	32	<i>haloette</i>	72	<i>icatibant</i>
<i>gatifloxacin</i>	73	<i>haloperidol</i>	56	25
GATTEX 30-VIAL	27	<i>haloperidol decanoate</i>	56	<i>iclevia</i>
GATTEX ONE-VIAL	27	<i>haloperidol lactate</i>	56	68
GAUZE PAD	82	HAVRIX (PF)	32	<i>imatinib</i>
<i>gavilyte-c</i>	28	<i>heather</i>	72	IMBRUVICA
<i>gavilyte-g</i>	28	<i>heparin (porcine)</i>	23	38, 39
GAVRETO	38	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	23	<i>imipenem-cilastatin</i>
<i>gefitinib</i>	38	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45%		12
<i>gemcitabine</i>	38	NACL	23	<i>imiquimod</i>
GEMCITABINE	38	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>	23	86
<i>gemfibrozil</i>	17	HEPLISAV-B (PF)	32	IMKELDI
<i>gemmily</i>	67	HIBERIX (PF)	32	IMOVA X RABIES VACCINE (PF)
<i>generlac</i>	28	HUMIRA	64	32
<i>gengraf</i>	38	HUMIRA PEN	64	INBRIJA
<i>gentak</i>	73	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-		45
<i>gentamicin</i>	12, 73, 82	ADOL HS	64	<i>incassia</i>
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	12	HUMIRA(CF)	65	INCRELEX
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	12	HUMIRA(CF) PEN	65	22
GENVOYA	7	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-		25
GIOTRIF	38	HS	64	<i>indapamide</i>
<i>glatiramer</i>	60	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		19
<i>glatopa</i>	60	ADOL HS	65	INFANRIX (DTAP) (PF)
GLEOSTINE	38	HUMULIN R U-500 (CONC)		33
		INSULIN	79	INFLECTRA
				32
				INGREZZA
				61
				INGREZZA INITIATION
				INQOVI
				INREBIC
				INSULIN ASPART
				INSULIN ASPART U-100
				INSULIN DEGLUDEC
				INSULIN GLARGINE U-300 CONC
				INSULIN GLARGINE-YFGN
				INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100
				82

INTELENCE.....	7	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	68	LAZCLUZE.....	39
<i>intralipid</i>	89	<i>junel fe 24</i>	68	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	7
<i>introvale</i>	68	JYLAMVO.....	39	<i>leflunomide</i>	65
INVEGA HAFYERA.....	56	JYNNEOS (PF).....	33	<i>lenalidomide</i>	39
INVEGA SUSTENNA.....	56	KADCYLA.....	39	LENVIMA.....	39, 40
INVEGA TRINZA.....	56	<i>kaitlib fe</i>	68	<i>lessina</i>	68
IPOP.....	33	KALYDECO.....	25	<i>letrozole</i>	40
<i>ipratropium bromide</i>	25, 62	<i>kariva (28)</i>	68	<i>leucovorin calcium</i>	35
<i>ipratropium-albuterol</i>	25	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	68	LEUKERAN.....	40
<i>irbesartan</i>	19	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	68	<i>leuprolide</i>	40
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	19, 20	KERENDIA.....	20	<i>levabuterol hcl</i>	26
<i>irinotecan</i>	39	<i>ketoconazole</i>	5, 83	<i>levetiracetam</i>	51
ISENTRESS.....	7	<i>ketonolac</i>	74	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	51
ISENTRESS HD.....	7	KEYTRUDA.....	39	<i>levobunolol</i>	74
<i>isibloom</i>	68	KINRIX (PF).....	33	<i>levocarnitine</i>	4
ISOLYTE S PH 7.4.....	89	<i>kionex (with sorbitol)</i>	4	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	4
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	89	KISQALI.....	39	<i>levocetirizine</i>	24
ISOLYTE-S.....	89	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	39	<i>levofloxacin</i>	15
<i>isoniazid</i>	12	<i>klayesta</i>	83	<i>levofloxacin in d5w</i>	15
<i>isosorbide dinitrate</i>	17	<i>klor-con</i>	88	<i>levonest (28)</i>	68
<i>isosorbide mononitrate</i>	17	<i>klor-con 10</i>	87	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	69
<i>isotretinoin</i>	87	<i>klor-con 8</i>	87	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	69
<i>isradipine</i>	20	<i>klor-con m10</i>	87	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	69
ITOVEBI.....	39	<i>klor-con m15</i>	87	<i>levora-28</i>	69
<i>itraconazole</i>	5	<i>klor-con m20</i>	88	<i>levo-t</i>	76
<i>ivabradine</i>	16	KORLYM.....	78	<i>levothyroxine</i>	76
<i>ivermectin</i>	12	KOSELUGO.....	39	<i>levoxyl</i>	76
IWILFIN.....	39	<i>kourzeq</i>	62	LEXIVA.....	7
IXCHIQ (PF).....	33	KRAZATI.....	39	LIBERVANT.....	51
IXIARO (PF).....	33	<i>kurvelo (28)</i>	68	<i>lidocaine</i>	86
JAKAFI.....	39	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	68	<i>lidocaine (pf)</i>	86
jantoven.....	23	<i>labetalol</i>	20	<i>lidocaine hcl</i>	86
JANUMET.....	80	<i>lacosamide</i>	50	<i>lidocaine viscous</i>	86
JANUMET XR.....	80	<i>lactated ringers</i>	88	<i>lidocaine-prilocaine</i>	86
JANUVIA.....	80	<i>lactulose</i>	28	<i>lidocan iii</i>	86
JARDIANCE.....	80	<i>lamivudine</i>	7	<i>lidocan iv</i>	86
<i>jasmiel (28)</i>	68	<i>lamivudine-zidovudine</i>	7	<i>lidocan v</i>	86
JAYPIRCA.....	39	<i>lamotrigine</i>	50	LILETTA.....	73
JENTADUETO.....	80	<i>lanreotide</i>	39	<i>linezolid</i>	12
JENTADUETO XR.....	80	<i>lansoprazole</i>	30	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	12
<i>jintel</i>	72	<i>lapatinib</i>	39	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> ...	12
<i>jolessa</i>	68	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	68	LINZESS.....	28
<i>juleber</i>	68	<i>larin 1/20 (21)</i>	68	<i>liothyronine</i>	76
JULUCA.....	7	<i>larin 24 fe</i>	68	<i>lisdexamfetamine</i>	56, 57
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	68	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	68	<i>lisinopril</i>	20
<i>junel 1/20 (21)</i>	68	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	68	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	20
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	68	<i>latanoprost</i>	75	<i>lithium carbonate</i>	57
		<i>layolis fe</i>	68	<i>lithium citrate</i>	57

LIVTENCITY	7	mercaptopurine	40	moexipril	20
LOKELMA.....	4	meropenem	12	molindone	57
LONSURF.....	40	mesalamine	28	mometasone	26, 84
loperamide	30	mesalamine with cleansing wipe.....	28	MONJUVI.....	41
lopinavir-ritonavir	8	mesna	35	mono-linyah	69
lorazepam	57	MESNEX.....	35	montelukast	26
lorazepam intensol	57	metformin	80	morphine	48
LORBRENA.....	40	methadone	48	MORPHINE.....	48
loryna (28).....	69	methadone intensol	48	morphine (pf)	48
losartan	20	methazolamide	75	morphine concentrate	48
losartan-hydrochlorothiazide	20	methenamine hippurate	6	MOUNJARO	80
loteprednol etabonate	74	methimazole	76	MOVANTIK.....	28
lovastatin	17	methotrexate sodium	40	moxifloxacin	15, 73
low-ogestrel (28).....	69	methotrexate sodium (pf)	40	moxifloxacin-sod.chloride(iso)....	15
loxapine succinate	57	methsuximide	51	MRESVIA (PF)	33
lubiprostone	28	methylphenidate hcl	57	MULTAQ.....	15
LUMAKRAS.....	40	methylprednisolone	77	mupirocin	82
LUMIGAN.....	75	methylprednisolone acetate	77	mycophenolate mofetil	41
LUMIZYME.....	78	methylprednisolone sodium	77	mycophenolate sodium	41
LUPRON DEPOT.....	40	succ	77	myorisan	87
lurasidone	57	metoclopramide hcl	28	MYRBETRIQ.....	63
lutera (28).....	69	metolazone	20	nabumetone	47
lyleq	72	metoprolol succinate	20	nadolol	20
lyllana	72	metoprolol ta-hydrochlorothiaz ..	20	nafcillin	14
LYNPARZA.....	40	metoprolol tartrate	20	nafcillin in dextrose iso-osm	14
LYSODREN.....	40	metro i.v.	12	naftifine	83
LYTGOBI.....	40	metronidazole	12, 73, 87	NAGLAZYME	78
lyza	72	metronidazole in nacl (iso-os)	12	nalbuphine	47
magnesium sulfate	88	metyrosine	20	naloxone	47
MAGNESIUM SULFATE IN D5W ..	88	mexiletine	15	naltrexone	47
magnesium sulfate in water.....	88	mibelas 24 fe	69	NAMZARIC	61
malathion	84	micafungin	5	naproxen	47
maraviroc	8	microgestin 1.5/30 (21)	69	naproxen sodium	47
marlissa (28).....	69	microgestin 1/20 (21)	69	naratriptan	62
MARPLAN.....	57	microgestin 24 fe	69	NATACYN	73
MATULANE.....	40	microgestin fe 1.5/30 (28)	69	nateglinide	80
matzim la	20	microgestin fe 1/20 (28)	69	NAYZILAM	51
meclizine	28	midodrine	4	nebivolol	20
medroxyprogesterone	72	mifepristone	78	necon 0.5/35 (28)	69
mefloquine	12	mili	69	nefazodone	57
megestrol	40	mimvey	72	neomycin	12
MEKINIST	40	minocycline	15	neomycin-bacitracin-poly-hc ..	74
MEKTOVI	40	minoxidil	20	neomycin-bacitracin-polymyxin ..	73
meloxicam	47	mirtazapine	57	neomycin-polymyxin b-	
memantine	61	misoprostol	30	dexameth	74
MENACTRA (PF)	33	M-M-R II (PF)	33	neomycin-polymyxin-gramicidin ..	73
MENQUADFI (PF)	33	modafinil	57	neomycin-polymyxin-hc ..	62, 63, 74
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) ..	33			NERLYNX	41

<i>neuac</i>	87	NURTEC ODT	62	<i>oxcarbazepine</i>	51
NEUPRO	46	<i>nyamyc</i>	83	OXERVATE	75
<i>nevirapine</i>	8	<i>nylia 1/35 (28)</i>	70	<i>oxybutynin chloride</i>	63
NEXPLANON	73	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	70	<i>oxycodone</i>	48
<i>niacin</i>	17	<i>nymyo</i>	70	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	48, 49
<i>nicardipine</i>	20	<i>nystatin</i>	5, 83	OZEMPIC	81
NICOTROL	5	<i>nystop</i>	83	<i>pacerone</i>	16
NICOTROL NS	5	NYVEPRIA	31	<i>paclitaxel</i>	42
<i>nifedipine</i>	20	OCALIVA	28	<i>paliperidone</i>	58
<i>nikki (28)</i>	69	<i>ocella</i>	70	<i>pamidronate</i>	78
<i>nilutamide</i>	41	OCREVUS	61	PANRETIN	86
<i>nimodipine</i>	20	OCTAGAM	33	<i>pantoprazole</i>	30
NINLARO	41	<i>octreotide acetate</i>	41	PANZYGA	33
<i>nitazoxanide</i>	12	ODEFSEY	8	<i>paraplatin</i>	42
<i>nitisinone</i>	4	ODOMZO	41	<i>paricalcitol</i>	78
<i>nitro-bid</i>	17	OFEV	26	<i>paroxetine hcl</i>	58
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	6	<i>ofloxacin</i>	63, 73	PAXLOVID	8
<i>nitrofurantoin monohyd/m-crust</i>	6	OGSIVEO	41	<i>pazopanib</i>	42
<i>nitroglycerin</i>	17, 28	OJEMDA	41	PEDIATRIX (PF)	33
NIVESTYM	31	OJJAARA	41	PEDVAX HIB (PF)	33
<i>nizatidine</i>	30	<i>olanzapine</i>	58	<i>peg 3350-electrolytes</i>	29
<i>nora-be</i>	72	<i>olmesartan</i>	20, 21	PEGASYS	31
<i>norelgestromin-ethinestradiol</i>	73	<i>olmesartanamlodipin-hctiazid</i>	21	<i>peg-electrolyte soln</i>	29
<i>norethethinyl estradiol-iron</i>	69	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	21	PEMAZYRE	42
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	72	<i>olopatadine</i>	62	<i>pemetrexed disodium</i>	42
<i>norethindrone acetate</i>	72	<i>omeprazole</i>	30	PEN NEEDLE, DIABETIC	82
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	69, 72	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		PENBRAYA (PF)	33
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	69	KT(GEN5)	82	<i>penicillamine</i>	65
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	70	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN		PENICILLIN G POT IN DEXTROSE	14
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	70	5)	82	<i>penicillin g potassium</i>	14
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	70	OMNIPOD DASH INTRO KIT		<i>penicillin g sodium</i>	14
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	70	(GEN 4)	82	<i>penicillin v potassium</i>	14
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	70	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	82	PENTACEL (PF)	33
<i>nortriptyline</i>	58	OMNITROPE	31	<i>pentamidine</i>	12
NORVIR	8	<i>ondansetron</i>	29	<i>pentoxifylline</i>	23
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	80	<i>ondansetron hcl</i>	28, 29	<i>perindopril erbumine</i>	21
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	80	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	28	<i>periogard</i>	62
NOVOLIN N FLEXPEN	81	ONUREG	41	<i>permethrin</i>	84
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	81	OPSUMIT	26	<i>perphenazine</i>	58
NOVOLIN R FLEXPEN	81	ORGOVYX	41	<i>pfizerpen-g</i>	14
NOVOLIN R REGULAR U100		ORKAMBI	26	<i>phenelzine</i>	58
INSULIN	81	ORSERDU	41	<i>phenobarbital</i>	51
NUBEQA	41	<i>oseltamivir</i>	8	<i>phenobarbital sodium</i>	51
NUEDEXTA	61	OTEZLA	65	<i>phenytoin</i>	51
NULOJIX	41	OTEZLA STARTER	65	<i>phenytoin sodium</i>	51
NUPLAZID	58	<i>oxacillin</i>	14	<i>phenytoin sodium extended</i>	51
		<i>oxaliplatin</i>	42	<i>philith</i>	70
		<i>oxaprozin</i>	47	PIFELTRO	8

pilocarpine hcl	4, 75	PREZCOBIX	8	raloxifene	66
pimecrolimus	86	PREZISTA	8	ramipril	21
pimozide	58	PRIFTIN	12	ranolazine	16
pimtrea (28)	70	PRIMAQUINE	12	rasagiline	46
pindolol	21	PRIMIDONE	51	reclipsen (28)	70
pioglitazone	81	primidone	51	RECOMBIVAX HB (PF)	34
pioglitazone-glimepiride	81	PRIORIX (PF)	33	RECTIV	29
pioglitazone-metformin	81	PRIVIGEN	33	REGRANEX	86
piperacillin-tazobactam	14	probenecid	65	RELENZA DISKHALER	8
PIQRAY	42	probenecid-colchicine	66	repaglinide	81
pirfenidone	26	prochlorperazine	29	RETACRIT	31
piroxicam	47	prochlorperazine edisylate	29	RETEVMO	42
pitavastatin calcium	17	prochlorperazine maleate	29	REVLIMID	42
PLASMA-LYTE A	89	proto-med hc	29	REVUFORJ	42
PLENAMINE	89	proctosol hc	29	REXULTI	58
PLENU	29	proctozone-hc	29	REYATAZ	8
podofilox	86	progesterone	72	REZLIDHIA	42
polymyxin b sulf-trimethoprim ..	73	progesterone micronized	72	REZUROCK	42
POMALYST	42	PROGRAF	42	RHOPRESSA	75
portia 28	70	PROLASTIN-C	4	ribavirin	8
posaconazole	5	PROLENSA	74	rifabutin	13
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	88	PROLIA	66	rifampin	13
potassium chloride	88	PROMACTA	23	riluzole	4
potassium chloride in 0.9%nacl..	88	promethazine	24	rimantadine	8
potassium chloride in 5 % dex ..	88	propafenone	16	RINVOQ	65
potassium chloride in water	88	propranolol	21	RINVOQ LQ	65
potassium chloride-0.45 % nacl..	88	propylthiouracil	76	risedronate	4, 66
potassium chloride-d5-0.2%nacl.	88	PROQUAD (PF)	33	RISPERDAL CONSTA	58
potassium chloride-d5-0.9%nacl.	88	protriptyline	58	risperidone	58, 59
potassium citrate	63	PULMOZYME	26	ritonavir	8
PRALUENT PEN	17	PURIXAN	42	rivaroxaban	23
pramipexole	46	pyrazinamide	12	rivastigmine	61
prasugrel hcl	23	pyridostigmine bromide	61	rivastigmine tartrate	61
pravastatin	17	pyrimethamine	12	rivelsa	70
praziquantel	12	QINLOCK	42	rizatriptan	62
prazosin	21	QUADRACEL (PF)	34	ROCKLATAN	75
prednisolone	77	quetiapine	58	roflumilast	26
prednisolone acetate	75	QUETIAPINE	58	ROMVIMZA	42
prednisolone sodium phosphate	75, 77	quinapril	21	ropinirole	46
prednisone	77	quinapril-hydrochlorothiazide ..	21	rosuvastatin	17
prednisone intensol	77	quinidine sulfate	16	ROTARIX	34
pregabalin	51	quinine sulfate	12	ROTATEQ VACCINE	34
PREMARIN	72	RABAVERT (PF)	34	roweepra	51
premasol 10 %	89	rabeprazole	30	ROZLYTREK	42
prenatal vitamin plus low iron ..	90	RADICAVA ORS	61	RUBRACA	42
prevalite	17	RADICAVA ORS STARTER KIT		rufinamide	51
PREVYMIS	8	SUSP	61	RUKOBIA	8
		RALDESY	58	RUXIENCE	42

RYBELSUS	81	SPRITAM	52	TECENTRIQ	43
RYDAPT	42	sps (with sorbitol)	4	TEFLARO	10
sajazir	26	sronyx	70	telmisartan	21
SANDIMMUNE	43	ssd	86	telmisartanamlodipine	21
SANTYL	86	STAMARIL (PF)	34	telmisartanhydrochlorothiazid	21
sapropterin	78	STELARA	85	temazepam	59
SAVELLA	65	STIVARGA	43	TENIVAC (PF)	34
saxagliptin	81	STREPTOMYCIN	13	tenofovir disoproxil fumarate	9
SCEMBLIX	43	STRIBILD	8	TEPMETKO	43
scopolamine base	29	SUCRAID	29	terazosin	21
SECUADO	59	sucralfate	30, 31	terbinafine hcl	5
selegiline hcl	46	sulfacetamide sodium	75	terbutaline	26
selenium sulfide	85	sulfacetamide sodium (acne)	82	terconazole	73
SELZENTRY	8	sulfacetamideprednisolone	75	teriflunomide	61
SEREVENT DISKUS	26	sulfadiazine	6	TERIPARATIDE	66
sertraline	59	sulfamethoxazole-trimethoprim	6	testosterone	78
setlakin	70	sulfasalazine	29	testosterone cypionate	78
sharobel	72	sulindac	47	testosterone enanthate	78
SHINGRIX (PF)	34	sumatriptan	62	TETANUS,DIPHTHERIA TOX	
SIGNIFOR	43	sumatriptan succinate	62	PED(PF)	34
sildenafil (pulm.hypertension)	26	sunitinib malate	43	tetrabenazine	61
silver sulfadiazine	86	SUNLENCA	8	tetracycline	15
simvastatin	17	SUPREP BOWEL PREP KIT	29	THALOMID	43
sirolimus	43	syeda	70	THEO-24	26
SIRTURO	13	SYMDEKO	26	theophylline	26
SKYRIZI	29, 85	SYMPAZAN	52	thioridazine	59
sodium chloride	4, 89	SYMTUZA	8	thiothixene	59
sodium chloride 0.45 %	88	SYNJARDY	81	tiadylt er	21
sodium chloride 0.9 %	4	SYNJARDY XR	81	tiagabine	52
sodium chloride 3 % hypertonic	89	SYNTHROID	76	TIBSOVO	43
sodium chloride 5 % hypertonic	89	TABLOID	43	TICOVAC	34
SODIUM OXYBATE	59	TABRECTA	43	tigecycline	13
sodium phenylbutyrate	4	tacrolimus	43, 86	tilia fe	70
sodium polystyrene sulfonate	4	tadalafil	63	timolol maleate	21, 74
sodium,potassium,mag sulfates	29	tadalafil (pulm. hypertension)	26	tinidazole	13
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	8	TAFINLAR	43	TIVICAY	9
solifenacin	63	TAGRISSO	43	TIVICAY PD	9
SOLIQUA 100/33	81	TALVEY	43	tizanidine	61
SOLTAMOX	43	TALZENNA	43	TOBRADEX	74
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	77	tamoxifen	43	tobramycin	73
SOMATULINE DEPOT	43	tamsulosin	64	tobramycin in 0.225 % nacl	13
SOMAVERT	78	tarina 24 fe	70	tobramycin sulfate	13
sorafenib	43	tarina fe 1-20 eq (28)	70	tobramycin-dexamethasone	74
sotalol	16	TASIGNA	43	tolterodine	63
sotalol af	16	tazarotene	87	tolvaptan	78
spironolactone	21	tazicef	10	topiramate	52
spironolacton-hydrochlorothiaz	21	taztia xt	21	toremifene	44
sprintec (28)	70	TAZVERIK	43	torsemide	21

TRADJENTA	81	<i>tri-vylibra</i>	71	<i>vigpoder</i>	52
<i>tramadol</i>	47	<i>tri-vylibra lo</i>	71	<i>vilazodone</i>	59
<i>tramadol-acetaminophen</i>	47	TRIZIVIR	9	VIMKUNYA	34
<i>trandolapril</i>	21	TROGARZO	9	<i>vincristine</i>	44
<i>tranexamic acid</i>	73	TROPHAMINE 10 %	89	<i>vinorelbine</i>	44
<i>tranylcyromine</i>	59	<i>trospium</i>	63	<i>viorele (28)</i>	71
<i>travasol 10 %</i>	89	TRULANCE	29	VIRACEPT	9
<i>travoprost</i>	75	TRULICITY	81	VIREAD	9
TRAZIMERA	44	TRUMENBA	34	VITRAKVI	44
<i>trazodone</i>	59	TRUQAP	44	VIVITROL	47
TRECATOR	13	TUKYSA	44	VIZIMPRO	44
TRELEGY ELLIPTA	26	TURALIO	44	VONJO	44
TREMFYA	85	<i>turqoz (28)</i>	71	VORANIGO	44
TREMFYA PEN	85	TWINRIX (PF)	34	<i>voriconazole</i>	5, 6
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	85	TYPHIM VI	34	VOWST	29
<i>treprostinil sodium</i>	21	<i>unithroid</i>	76	VRAYLAR	59
<i>tretinoin</i>	87	<i>ursodiol</i>	29	<i>vyfemla (28)</i>	71
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	44	<i>valacyclovir</i>	9	<i>vylibra</i>	71
<i>tretinoin microspheres</i>	87	VALCHLOR	86	VYNDAQEL	16
<i>triamcinolone acetonide</i>	62, 84	<i>valganciclovir</i>	9	<i>warfarin</i>	23
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	21, 22	<i>valproate sodium</i>	52	<i>water for irrigation, sterile</i>	4
<i>tridacaine</i>	86	<i>valproic acid</i>	52	WELIREG	44
<i>tridacaine ii</i>	86	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	52	<i>wera (28)</i>	71
<i>triderm</i>	84	<i>valsartan</i>	22	<i>wymzya fe</i>	71
<i>trientine</i>	4	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	22	XALKORI	44
<i>tri-estarrylla</i>	70	VALTOCO	52	<i>xarah fe</i>	71
<i>trifluoperazine</i>	59	<i>vancomycin</i>	13	XARELTO	23
<i>trifluridine</i>	74	VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM		XARELTO DVT-PE TREAT 30D	
<i>trihexyphenidyl</i>	46	CHL	13	START	23
TRIJARDY XR	81	VANFLYTA	44	XATMEP	44
TRIKAFTA	27	VAQTA (PF)	34	XCOPRI	52
<i>tri-legest fe</i>	70	<i>varenicline tartrate</i>	5	XCOPRI MAINTENANCE PACK	52
<i>tri-linyah</i>	70	VARIVAX (PF)	34	XCOPRI TITRATION PACK	52
<i>tri-lo-estarrylla</i>	70	VASCEPA	17	XDEMVY	75
<i>tri-lo-marzia</i>	70	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	71	XERMELO	44
<i>tri-lo-mili</i>	70	VEMLIDY	9	XGEVA	35
<i>tri-lo-sprintec</i>	70	VENCLEXTA	44	XIFAXAN	13
<i>trimethoprim</i>	6	VENCLEXTA STARTING PACK	44	XIGDUO XR	82
<i>tri-mili</i>	70	<i>venlafaxine</i>	59	XOLAIR	27
<i>trimipramine</i>	59	VENTOLIN HFA	27	XOSPATA	44
TRINTELLIX	59	<i>verapamil</i>	22	XPOVIO	44, 45
<i>tri-nymyo</i>	70	VERQUVO	16	XTANDI	45
<i>tri-sprintec (28)</i>	71	VERSACLOZ	59	<i>xulane</i>	73
TRIUMEQ	9	VERZENIO	44	XULTOPHY 100/3.6	82
TRIUMEQ PD	9	<i>vestura (28)</i>	71	YF-VAX (PF)	35
<i>trivora (28)</i>	71	<i>vienna</i>	71	YUFLYMA(CF)	65
		<i>vigabatrin</i>	52	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS	65
		<i>vigadron</i>	52		

YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR....	65
<i>yuvafem</i>	72
<i>zafemy</i>	73
<i>zaflirlukast</i>	27
ZEJULA.....	45
ZELBORAF.....	45
<i>zenatane</i>	87
ZENPEP.....	30
<i>zidovudine</i>	9
<i>ziprasidone hcl</i>	59
<i>ziprasidone mesylate</i>	59
ZIRABEV.....	45
ZIRGAN.....	74
<i>zoledronic acid</i>	78
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	4
ZOLINZA.....	45
<i>zolmitriptan</i>	62
<i>zolpidem</i>	59
ZONISADE.....	52
<i>zonisamide</i>	52
<i>zovia 1-35 (28)</i>	71
ZTALMY.....	52
<i>zumandimine (28)</i>	71
ZURZUVAE.....	59
ZYDELIG.....	45
ZYKADIA.....	45
ZYPREXA RELPREVV	59, 60

Notificación de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare By Health Net cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare By Health Net no discrimina ilegalmente, y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Wellcare By Health Net proporciona los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades a fin de ayudarlos a que se comuniquen mejor, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes cualificados de la lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de mayor tamaño, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Wellcare By Health Net llamando al **1-800-431-9007**.

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajería fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Previa solicitud, este documento puede ponerse a su disposición en formato Braille, letra grande, audiocassette o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY: 711)

Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare By Health Net no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Wellcare By Health Net llamando al **1-866-458-2208**. De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.

- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **En persona:** acuda al consultorio de su médico o a Wellcare By Health Net e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** visite el sitio web de Wellcare By Health Net en wellcare.com/healthnetCA.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office of Civil Rights del Department of Health Care Services de California, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** llame al **1-916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Los formularios de reclamo están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Electrónicamente:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electrónicamente:** visite el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free.

انتباہ: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711).
تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطاعة كبيرة. اتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր
լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են ևակ
հաշմանդամություն ուսեցող անձակաց համար և ախտեսված
օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլան
գրատեսակով և ինչոր տառաշակով փաստաթղթեր: Զանգահարեք
1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007 (TTY : 711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007 (TTY : 711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。這些服務均為免費。

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-800-431-9007 (TTY : 711) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-431-9007 (TTY : 711) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면

1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໄສ: ຫາກທ່ານຕົ້ນງານຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທໜາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ແຊ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸ່ມ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທໜາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចໍ່ແນໍ່ ປຣສີນເບີໜຸກຄູຮ່າງການຜິ່ນຍັດລາສາບສົ່ງໜຸກ ສູມຫຼຽບສູງເຄົ່າເລີຂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ຜິ່ນຍັດນິຟເສັກມຸສເມາບໍ່ຜົນຕິກາຣ ຜູ້ຜົນກສາດຳ ມກູມສູບສູບເມາບໍ່ຜົນຕິກາຣເຖິກ ນິຟຕຸ່ມ້າມກູມຜົ່ມ ກີ່ມານຜົນຜົ່ມເຮົາ ສູມຫຼຽບສູງເຄົ່າເລີຂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ເຊັ່ນກົດປຶ້ມເຄົ່າເລີຂ

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyon ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.



Esta lista de medicamentos se actualizó el 07/01/2025.

Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con nosotros a través de Servicios para Miembros de Wellcare al **1-800-431-9007** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite **wellcare.com/healthnetCA**.

07/01/2025

Medicare R
Prescription Drug Coverage X