



**Formulario de Care N' Care
(HMO/PPO) para 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)**

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE
CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación del formulario: 00024528, versión 10

Este formulario fue actualizado el 3-19-2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, su Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care (HMO/PPO), al 1-877-374-7993, los usuarios de TTY deben llamar al 711, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana; o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes. O bien, visite www.cnchealthplan.com.

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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 3-19-2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2025 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el formulario de Care N’ Care (HMO/PPO)?

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

¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1.º de enero, pero Care N’ Care (HMO/PPO) puede añadir o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir las normas de Medicare para hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno más bajo, y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca que aparece en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le informemos por anticipado antes de hacer ese cambio, pero más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos implementado.
- Si hacemos ese cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección que se denomina “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Care N’ Care (HMO/PPO)?”.

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

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario para 2024 que se cubría al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos su cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2024, excepto en los casos que se describieron anteriormente. Esto quiere decir que estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, esos cambios le afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos para ver si hay cambios en los medicamentos para el nuevo año de beneficio.

El formulario adjunto está vigente a partir del 3-19-2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Care N’ Care (HMO/PPO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contraportada. Si el plan realiza algún cambio negativo en el formulario que no sea de mantenimiento, los miembros afectados recibirán un aviso por escrito que explique el cambio y se actualizará el formulario que aparece en nuestro sitio web.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría debe consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 101. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con su Equipo de experiencia al cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Care N' Care (HMO/PPO) no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle a su Equipo de experiencia al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Care N' Care (HMO/PPO). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Care N' Care (HMO/PPO).
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento. Consulte más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Care N' Care (HMO/PPO)?

Puede solicitarle a Care N' Care (HMO/PPO) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

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

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

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

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder

obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado a seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

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

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

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

Si se encuentra fuera del período de transición y experimenta un cambio en el nivel de atención, Care N' Care (HMO/PPO) le permitirá obtener un resurtido de los medicamentos del formulario durante 30/31 días (30 días en una farmacia minorista y 31 días en un entorno de atención a largo plazo (LTC)) y surtido de transición durante 30/31 días de emergencia (30 días en una farmacia minorista y 31 días en un entorno de LTC) para los medicamentos no incluidos en el formulario (incluidos los medicamentos de la Parte D que no se encuentran en el formulario del plan, pero que requieren autorización previa o excepción en el límite de cantidad). Esto ocurrirá según cada caso particular una vez que se haya presentado una excepción o apelación, pero no se haya completado al finalizar el período de transición. Todos los surtidos de transición para los nuevos miembros, ya sean en farmacias minoristas o en entornos de LTC, se tramitarán de manera automática. Si solicita un surtido de transición fuera de los primeros 90 días con Care N' Care Health Plan, usted o su farmacéutico deberá comunicarse con nosotros al 1-855-791-5302, los 7 días de la semana, las 24 horas del día (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para que podamos implementar nuestra política de transición. Si se inscribe en nuestro plan mientras vive en su hogar y luego se convierte en residente de un centro de LTC, comuníquese con nosotros al 1-855-791-5302, los 7 días de la semana, las 24 horas del día (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para informarnos que ahora es residente de un centro de LTC. Podemos implementar una política de transición de LTC para usted. Esta política no aplica a licencias de corto plazo (es decir, feriados o vacaciones) de un centro de LTC o un centro hospitalario.

Le enviaremos un aviso por escrito a través del correo de primera clase de EE. UU. dentro de los tres días

hábiles a partir del momento en el que recibimos la transacción del surtido de transición de la farmacia. Este incluirá una explicación del carácter temporal del surtido con receta, las instrucciones para identificar una alternativa terapéutica adecuada que se encuentre en nuestro formulario, una explicación de su derecho a solicitar una excepción al formulario y el procedimiento para solicitar la excepción al formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de Care N' Care (HMO/PPO), consulte la Evidencia de cobertura y la demás documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Care N' Care (HMO/PPO), póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

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

Formulario de Care N' Care (HMO/PPO)

El formulario que se incluye a continuación brinda información sobre los medicamentos que cubre Care N' Care (HMO/PPO). Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que comienza en la página 101.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/limitaciones indica si Care N' Care (HMO/PPO) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

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

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

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

Care N' Care Choice (PPO)	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 100 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$8	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos <i>-Insulinas en el formulario*</i>	Copago de \$47 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$94 <i>Copago de \$70</i>	Copago de \$47 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$94 <i>Copago de \$70</i>
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura
Care N' Care Choice Plus (PPO)	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 100 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$2	Copago de \$4	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$12	Copago de \$24	Copago de \$12	Copago de \$24
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos <i>-Insulinas en el formulario*</i>	Copago de \$45 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$90 <i>Copago de \$70</i>	Copago de \$45 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$90 <i>Copago de \$70</i>
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$97	Copago de \$194	Copago de \$97	Copago de \$194
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura
Care N' Care Choice Premium (PPO)	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 100 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$8	Copago de \$16	Copago de \$8	Copago de \$16
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos <i>-Insulinas en el formulario*</i>	Copago de \$43 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$86 <i>Copago de \$70</i>	Copago de \$43 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$86 <i>Copago de \$70</i>
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$92	Copago de \$184	Copago de \$92	Copago de \$184
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

* Una insulina forma parte del formulario si figura en la Lista de medicamentos en la página 1 de este documento. Para obtener información adicional sobre los beneficios de los medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

Care N' Care Classic (HMO)	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 100 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos <i>-Insulinas en el formulario*</i>	Copago de \$47 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$94 <i>Copago de \$70</i>	Copago de \$47 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$94 <i>Copago de \$70</i>
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura
Southwestern Health Select (HMO)	Farmacia minorista: suministro para 30 días	Farmacia minorista: suministro para 100 días	Pedido por correo: suministro para 30 días	Pedido por correo: suministro para 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos <i>-Insulinas en el formulario*</i>	Copago de \$40 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$80 <i>Copago de \$70</i>	Copago de \$40 <i>Copago de \$35</i>	Copago de \$80 <i>Copago de \$70</i>
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

* Una insulina forma parte del formulario si figura en la Lista de medicamentos en la página 1 de este documento. Para obtener información adicional sobre los beneficios de los medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

Leyenda

1: Nivel 1 - Medicamentos genericos preferidos

2: Nivel 2 - Medicamentos genericos

3: Nivel 3 - Medicamentos demarca preferidos

4: Nivel 4 - Medicamentos no preferidos

5: Nivel 5 - Medicamentos de especialidad

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

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

NMO: Pedido por correo no es elegible.

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

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

Care N' Care Health Plan (List of Covered Drugs)

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NMO
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	3	NMO
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	NMO; GC
AGENTES ANTIMIASTENICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	2	NMO
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NMO
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
AGONISTA DEL RECEPTOR DE SEROTONINA (5-HT)		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	4	NMO; QL (12 EA per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	4	NMO; QL (12 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	NMO; QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	2	NMO; QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC; QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO; QL (10 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO; QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	2	NMO; QL (4.5 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	2	NMO; QL (10 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (12 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (12 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ALCALOIDES DEL ERGOT		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	5	NMO; QL (8 ML per 30 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG	4	NMO; QL (20 EA per 28 days)
PROFILÁCTICO		
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	2	
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	1	GC
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NMO; QL (16 EA per 30 days)
AGENTES ANTIPARKINSON		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	4	
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	3	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	2	
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	3	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
PRECURSORES DE DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA DE L- AMINOÁCIDOS		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25- 100 mg, 25-250 mg</i>	1	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10- 100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	5	PA; NMO; QL (300 EA per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75- 195 MG, 61.25-245 MG	4	
AGENTES BIPOLARES		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	2	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	4	NMO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	GC
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	GC
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	2	
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	1	GC
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	2	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	GC
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
AGENTES BLOQUEANTES BETA-ADRENÉRGICOS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	GC
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	GC
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	3	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg</i>	2	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
AGENTES CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	GC
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	GC
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	4	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	3	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	1	GC
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	4	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	GC
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	PA; NMO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	GC
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	3	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	GC
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	GC
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NMO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	GC
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	GC
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	2	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	GC
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	2	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	2	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	GC
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	
AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	GC
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	GC
AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	2	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	2	
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	3	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	3	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	GC
AGENTES PARA DISLIPIDEMIAS, OTROS		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	2	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	3	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	3	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	2	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm, 1 gm</i>	4	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5	PA; NMO
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	2	
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	2	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	3	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	PA
AGONISTAS ALFA-ADRENÉRGICOS		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	5	PA; NMO
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	2	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	1	GC
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	4	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	GC
BLOQUEADORES ALFA-ADRENÉRGICOS		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
DIURÉTICOS, BUCLE		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	NMO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
VASODILATADORES ARTERIALES/VENOSOS DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	GC
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	GC
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	4	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	4	NMO
AGENTES DE ANTIDEMENCIA		
AGENTES ANTIDEMENCIA, OTROS		
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	3	
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	2	NMO
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	3	NMO
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	
INHIBIDORES DE COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	2	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	2	QL (30 EA per 30 days)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

AGENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, SIN ANFETAMINAS

<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg, 36 mg, 45 mg, 54 mg, 63 mg, 72 mg</i>	3	
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	3	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	3	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
AGENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NMO
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	5	PA; NMO
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	5	PA; NMO
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	5	PA; NMO
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	5	PA; NMO
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	5	PA; NMO
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG	5	PA; NMO
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	PA; NMO
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	4	PA; NMO
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	5	PA; NMO
AGENTES DE FIBROMIALGIA		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	2	QL (900 ML per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, ANFETAMINAS		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	4	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	4	QL (150 EA per 30 days)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	4	
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	4	
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	4	
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG	4	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	5	PA; NMO; QL (42 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML	5	PA; NMO; QL (3600 ML per 30 days)
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	5	PA; NMO
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NMO
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	4	PA
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	5	PA; NMO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)

AGENTES DENTALES Y ORALES

AGENTES DENTALES Y ORALES

<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	3	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	NMO; GC
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	1	NMO; GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	2	NMO

AGENTES DERMATOLÓGICOS

AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	4	NMO; QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	4	NMO; QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	4	NMO; QL (60 ML per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	2	NMO
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	2	NMO
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	4	NMO
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 %	4	NMO
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	4	PA; NMO
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	3	NMO
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	2	NMO
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	2	NMO
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %	5	PA; NMO
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	3	NMO
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	5	PA; NMO
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	NMO
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	NMO
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	PA; NMO
<i>podofilox external gel 0.5 %</i>	4	NMO
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	2	NMO
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	5	NMO
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	NMO
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	NMO; GC
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	1	NMO; GC
AGENTES PARA ACNÉ Y ROSÁCEA		
ACUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	NMO
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	4	NMO
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	4	PA; NMO
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	4	PA; NMO
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	NMO
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	4	NMO
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	2	NMO
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	NMO
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	4	NMO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	NMO
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	4	PA; NMO
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; NMO
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	4	PA; NMO
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	3	NMO
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	4	NMO
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %</i>	4	NMO
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	NMO
AGENTES PARA DERMATITIS Y PRUITUS		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	4	NMO
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	NMO; GC
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	NMO; GC
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone valerate external foam 0.12 %</i>	4	NMO
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	2	NMO
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	2	NMO
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment 0.005-0.064 %</i>	4	NMO; QL (400 GM per 30 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension 0.005-0.064 %</i>	4	NMO; QL (400 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>clobetasol propionate external foam 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external liquid 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	4	NMO
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	4	NMO
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	4	NMO
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	4	NMO
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	4	NMO
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	4	NMO; QL (100 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	2	NMO
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	2	NMO
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	4	NMO
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	4	NMO
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	3	NMO
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	2	NMO
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	1	NMO; GC
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	NMO; GC
<i>halcinonide external cream 0.1 %</i>	4	NMO
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	NMO
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	NMO
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	3	NMO
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	3	NMO
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	2	NMO
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	2	NMO
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	2	NMO
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	4	NMO
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	2	NMO
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	2	NMO
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	2	NMO
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	NMO
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	NMO; GC
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	NMO
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	NMO; GC
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	4	NMO
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	4	NMO
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external foam 1 %</i>	4	NMO
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	2	NMO
<i>ery external pad 2 %</i>	3	NMO
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	4	NMO
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	NMO; GC
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	2	NMO
<i>permethrin external cream 5 %</i>	2	NMO
AGENTES GASTROINTESTINALES		
AGENTES ANTIDIARREICOS		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	5	NMO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	2	NMO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	NMO; GC
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NMO
AGENTES CONTRA EL ESTREÑIMIENTO		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	2	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	GC
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	3	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	NMO
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	3	NMO
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG, 600 MCG	5	PA; NMO
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG, 400 MCG	5	PA; NMO
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	3	NMO
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NMO
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	NMO; GC
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	3	NMO
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	NMO; GC
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	NMO; GC
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	3	NMO
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	4	NMO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE HISTAMINA2 (H2)		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	2	NMO
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	NMO; GC
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	NMO; GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	NMO
<i>methscopolamine bromide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	NMO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	2	
PROTECTORES		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	GC
AGENTES GENITOURINARIOS		
AGENTES GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	NMO
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5	NMO
AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	GC
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	2	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	GC
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	4	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	4	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	3	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	2	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	2	

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

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

ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	2	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	2	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	2	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	2	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	2	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	2	
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.05-0.14 MG/DAY, 0.05-0.25 MG/DAY	4	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	2	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	2	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	4	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	4	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	2	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	2	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	2	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	4	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	4	PA
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	2	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	2	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	2	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	2	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	2	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	2	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	2	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG / 10 MCG	2	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	2	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	2	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	2	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	2	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	2	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	2	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	2	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	2	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	2	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	2	
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	3	PA
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	2	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	2	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	2	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	2	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	2	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	2	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	2	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	2	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	2	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	2	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	2	
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	2	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	2	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	2	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	2	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	2	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	3	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	3	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG- MCG	2	
ANDRÓGENOS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	2	
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	3	PA
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	3	PA
ESTRÓGENOS		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML	4	NMO
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM, 1.25 MG/1.25GM	4	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	3	
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm, 1.25 mg/1.25gm</i>	4	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	2	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	NMO
ESTRING VAGINAL RING 7.5 MCG/24HR	4	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%)	4	
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	4	
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	4	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG	2	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	3	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	2	
PROGESTINAS		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	2	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	4	NMO
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	2	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	2	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	2	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	NMO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	2	NMO
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	4	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	NMO; GC
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (PITUITARIA)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (PITUITARIA)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	2	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA; NMO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	5	PA; NMO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	5	PA; NMO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	NMO; GC
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	GC
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	NMO; GC
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	5	PA; NMO
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	BD; NMO; GC
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	2	NMO
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	2	BD; NMO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	2	BD; NMO
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	4	BD; NMO
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	4	BD; NMO
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	BD; NMO; GC
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	BD; NMO; GC
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	NMO; GC
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/ DE REEMPLAZO/ MODIFICADORES (TIROIDES)		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	GC
<i>levothyroxine sodium oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 13 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	3	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	GC
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	GC
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 100 MCG/5ML	4	
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML	4	
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	1	GC
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	NMO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	4	PA; NMO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	5	NMO
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	4	NMO
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>	4	PA; NMO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	4	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5	PA; NMO
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA; NMO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; NMO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	PA; NMO; QL (60 ML per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NMO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NMO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA; NMO
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	GC
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES DE ANGIOEDEMA		
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	5	PA; NMO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5	PA; NMO
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NMO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NMO
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA; NMO
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; NMO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	5	PA; NMO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	5	PA; NMO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NMO
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NMO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	5	PA; NMO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NMO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA; NMO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA; NMO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NMO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; NMO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML, 32.4 MG/0.81ML	5	PA; NMO
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	5	PA; NMO
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA; NMO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NMO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5	PA; NMO
INMUNOGLOBULINAS		
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML	5	BD; NMO
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	5	BD; NMO
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	5	BD; NMO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	BD; NMO
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML	5	BD; NMO
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	3	BD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	BD; GC
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NMO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NMO
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	BD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	2	BD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	BD
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; NMO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	5	PA; NMO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA; NMO
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NMO
ENVARBUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	4	BD
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	BD; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg</i>	5	BD; NMO; QL (120 EA per 30 days)
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	2	BD
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	2	BD
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NMO
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; NMO
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NMO
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BD; NMO; GC
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BD; NMO; GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	BD; NMO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	BD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	5	BD; NMO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	BD
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	2	BD
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	5	PA; NMO; QL (27 EA per 14 days)
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	BD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NMO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	3	BD
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	BD; NMO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	BD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	4	BD; NMO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	BD
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i>	4	BD
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	BD; NMO
VACUNAS		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	NMO
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NMO
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	NMO
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	NMO
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	NMO
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	NMO
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	NMO
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	3	NMO
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	BD; NMO
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	3	BD; NMO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	3	NMO
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	3	BD; NMO
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	NMO
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	3	BD; NMO
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	NMO
IPOLE INJECTION INJECTABLE	3	NMO
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NMO
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	3	NMO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	NMO
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	NMO
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	NMO
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	NMO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	NMO
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	BD; NMO
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	3	NMO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	NMO
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	BD; NMO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	BD; NMO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	BD; NMO
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	NMO
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NMO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	NMO
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	NMO
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	3	BD; NMO
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	3	BD; NMO
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NMO
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	3	NMO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3	NMO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	3	NMO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	3	NMO
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	3	NMO
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	3	NMO
AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA		
AGENTES METABÓLICOS PARA LA ENFERMEDAD ÓSEA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	2	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	1	GC
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	2	BD
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	3	BD; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	4	BD; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	5	BD; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	4	
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	2	
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	5	PA; NMO
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	3	NMO
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	2	
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	2	NMO
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	2	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	5	PA; NMO
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	PA; NMO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	PA; NMO
AGENTES OFTÁLMICOS		
AGENTES OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	2	NMO
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	NMO; GC
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	2	NMO
AGENTES OFTÁLMICOS BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	GC
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	GC
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC
AGENTES OFTÁLMICOS PARA BAJAR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	3	
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	3	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	1	GC
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	3	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	3	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	GC
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	GC
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	3	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	
AGENTES OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	2	NMO
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	5	PA; NMO
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	5	PA; NMO
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	NMO; GC
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	NMO; GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	2	NMO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	NMO; GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	2	NMO
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	NMO
ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDINA Y PROSTAMIDA OFTÁLMICOS		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	3	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	
ANTIINFECCIOSOS OFTÁLMICOS		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	4	NMO
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	2	NMO
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	NMO
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	NMO; GC
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	NMO
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	NMO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	2	NMO
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	2	NMO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	NMO; GC
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	4	PA; NMO
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS		
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	2	NMO
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	4	NMO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	NMO; GC
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	NMO; GC
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	3	NMO
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	4	NMO
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	2	NMO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	NMO; GC
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	3	NMO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 % , 0.5 %</i>	1	NMO; GC
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	4	NMO
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	4	NMO
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	4	NMO
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	4	NMO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	2	NMO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	2	NMO
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	4	NMO
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	4	QL (60 EA per 30 days)
AGENTES ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	3	NMO
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	3	NMO
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	4	NMO
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	2	NMO
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	2	NMO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	NMO; GC
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
AMINOSALICILATOS		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	2	NMO
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	3	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	4	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	3	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	3	NMO
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	NMO
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	4	NMO
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	GC
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	GC
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	4	NMO
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	4	NMO
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	4	NMO
AGENTES PARA TRASTORNO DEL SUEÑO		
AGENTES PROMOTORES DE LA VIGILIA		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	5	PA; NMO; QL (540 ML per 30 days)
AGENTES PROMOTORES DEL SUEÑO		
<i>BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG</i>	4	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	3	NMO; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	2	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	4	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
AGENTES PARA TRASTORNO GENÉTICO, DE ENZIMAS O PROTEÍNAS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
<i>betaine oral powder</i>	5	NMO
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	3	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NMO; QL (15 EA per 30 days)
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA; NMO
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	5	NMO
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	5	PA; NMO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	NMO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	5	PA; NMO
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	5	PA; NMO
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	5	PA; NMO
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	5	PA; NMO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	5	NMO
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	5	NMO
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NMO; QL (28 EA per 28 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG, 10 MG	5	PA; NMO; QL (56 EA per 28 days)
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 284 MG/1.5ML	5	PA; NMO
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG	5	PA; NMO
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM	5	PA; NMO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	3	
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS/ANTI-ADICCIÓN		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	NMO; GC
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	4	NMO
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	4	NMO
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	3	NMO
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	3	NMO
AGENTES PARA LA REVERSIÓN DE OPIOIDES		
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	3	NMO
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1	NMO; GC
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	3	NMO
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 5 MG/0.5ML	3	NMO
DEPENDENCIA DE OPIOIDES		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	2	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	NMO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	2	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
DISUASIVOS DE ALCOHOL/ANTI-DESEO		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	NMO; GC
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5	NMO
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA		
AGENTES PARA TRATAMIENTO DE LA GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	2	NMO
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	NMO
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	2	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	3	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
AGENTES PULMONARES/ TRACTO RESPIRATORIO		
AGENTES DE FIBROSIS PULMONAR		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NMO
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	5	PA; NMO
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg</i>	5	PA; NMO
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	2	BD; NMO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	3	GC
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	4	
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	3	
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	4	
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	2	BD
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/act, 200-25 mcg/act</i>	4	
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	2	GC
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	BD; GC
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NMO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4ML	5	PA; NMO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA; NMO
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	3	GC
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	4	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	2	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES PARA FIBROSIS QUÍSTICA		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	5	NMO
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5	PA; NMO
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO
KALYDECO ORAL PACKET 5.8 MG	5	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NMO
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NMO
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NMO
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	BD; NMO
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	5	PA; NMO
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	5	NMO
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	5	BD; NMO
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	5	PA; NMO
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG	5	PA; NMO; QL (84 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 80-40-60 & 59.5 MG	5	PA; NMO; QL (56 EA per 28 days)
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>ambriasantan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	2	NMO
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	4	NMO
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	NMO; GC
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	4	NMO
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	2	NMO
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	4	NMO
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	3	
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	3	BD
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	2	NMO
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act, 44 mcg/act</i>	3	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	NMO; GC
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	2	NMO
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	2	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	5	NMO
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG	5	NMO
BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	BD; GC
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	1	GC
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG	3	GC
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	3	GC
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	3	GC
BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	BD; GC
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	2	NMO
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	2	NMO
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	2	BD

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	GC
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	GC
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	1	GC
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	GC
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (5000 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	2	NMO
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG	3	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	2	NMO; QL (5500 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	NMO; QL (150 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	4	NMO; QL (1920 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	2	NMO; QL (600 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (1500 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	NMO; QL (180 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	NMO; QL (1080 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5ml</i>	3	NMO; QL (1080 ML per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	3	NMO; QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	3	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	NMO; GC; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
ANALGÉSICOS OPIOIDES, DE ACCIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	3	NMO; QL (4 EA per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	3	NMO; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	4	NMO; QL (10 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	4	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 20 mg</i>	4	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ANALGÉSICOS		
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	4	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	4	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	3	NMO; QL (180 EA per 30 days)
FÁRMACOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	GC
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	2	NMO
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	4	NMO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	2	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	4	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	2	NMO
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	GC

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine external patch 5 %</i>	4	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	1	NMO; GC; QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	2	NMO; QL (30 GM per 30 days)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	NMO; GC
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	3	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	3	NMO; QL (60 EA per 30 days)

BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	NMO; QL (150 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	NMO; QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	NMO; QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	NMO; QL (180 EA per 30 days)
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	2	NMO; QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	2	NMO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	2	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	2	NMO; QL (600 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	2	NMO; QL (240 EA per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	2	NMO; QL (240 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	NMO; GC; QL (150 EA per 30 days)
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	4	NMO
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	5	PA; NMO
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	2	NMO
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	NMO
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	3	NMO
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	2	NMO
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	NMO; GC
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	4	NMO
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	4	NMO
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	2	NMO
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	4	BD; NMO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	5	NMO
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	4	NMO
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	5	NMO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	NMO
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	2	NMO
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	2	NMO
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	2	NMO
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	2	NMO
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	2	NMO
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	2	NMO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	2	NMO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	2	NMO
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	2	NMO
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	BD; NMO
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	NMO; GC
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>	4	NMO
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	4	NMO
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	4	NMO
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	NMO
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	3	NMO
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	2	NMO
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	4	NMO
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	NMO
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	NMO
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	NMO
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	NMO
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NMO
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	4	NMO
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	NMO
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	4	NMO
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	4	NMO
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	NMO
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5	NMO
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	NMO; GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	3	NMO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	NMO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	NMO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	4	NMO
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	4	NMO
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	4	NMO
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	4	NMO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	3	NMO
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/50ml</i>	4	NMO
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	NMO
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	NMO
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	4	NMO
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	4	NMO
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	4	NMO
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm</i>	4	NMO
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	4	NMO
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	2	NMO
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	2	NMO
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	NMO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	NMO; GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	NMO
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	2	NMO
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	5	NMO
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NMO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	NMO
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	4	NMO
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	4	NMO
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	2	NMO
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	4	NMO
QUINOLONAS		
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	4	NMO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	NMO; GC
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	4	NMO
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	4	NMO
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	NMO
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	NMO; GC
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	4	NMO
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	3	NMO
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	3	NMO
SULFONAMIDAS		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	2	NMO
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	NMO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	NMO; GC
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NMO
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	4	NMO
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	NMO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	NMO; GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NMO
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	NMO; GC
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	NMO
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	NMO
ANTICONVULSIVOS		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES DE AUMENTO DEL ÁCIDO GAMMA-AMINO BUTÍRICO (GABA)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	NMO
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	GC
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	2	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	2	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	NMO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	4	NMO
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	4	NMO
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	4	NMO
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	4	NMO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	5	PA; NMO
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	PA; NMO
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	5	PA; NMO
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	5	PA; NMO
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	5	PA
AGENTES DEL CANAL DE SODIO		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	5	NMO
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1	GC
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	2	
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	GC
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5	NMO
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	NMO
AGENTES MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	3	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	3	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	4	
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG	5	PA; NMO
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG	5	PA; NMO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NMO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	5	NMO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA; NMO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	NMO
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	NMO
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	3	
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	4	NMO
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	4	NMO
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	NMO
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	NMO
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	GC
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	2	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	4	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	4	
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	4	NMO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	NMO

ANTIDEPRESIVOS

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	4	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	GC
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	3	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	4	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA; NMO; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA; NMO; QL (14 EA per 14 days)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	2	
ISRS/IRSN (INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA/INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA)		
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	3	NMO
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	3	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	GC
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	4	
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	GC
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>	2	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	3	
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	NMO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	2	NMO
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	4	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	4	NMO
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	2	NMO
COMPLEMENTOS DE TERAPIA EMETOGENICA		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	4	BD; NMO
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	BD; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	2	BD; NMO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	BD; NMO; GC
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	BD; NMO
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NMO
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	3	NMO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	NMO
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	GC
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	NMO
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	4	NMO
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	NMO
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NMO
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	NMO
ANTIMICÓTICOS		
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	BD; NMO
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	BD; NMO
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	5	BD; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	BD; NMO
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 70 mg</i>	4	BD; NMO
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	2	NMO
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	2	NMO
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	NMO; GC
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	2	NMO
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	NMO
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	NMO
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	4	NMO
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	NMO
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	NMO
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	NMO
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	NMO
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	NMO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	NMO
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	4	PA; NMO
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	4	PA; NMO
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	4	NMO
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	2	NMO
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	NMO; GC
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	NMO; GC
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	5	NMO
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	NMO
<i>naftifine hcl external cream 1 %, 2 %</i>	4	NMO
NOXAFIL ORAL PACKET 300 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	NMO; GC
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	NMO; GC
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	2	NMO
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	NMO; GC
<i>oxiconazole nitrate external cream 1 %</i>	4	NMO
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	5	PA; NMO
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	5	PA; NMO
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	NMO; GC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	NMO
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	NMO
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	5	PA; NMO
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	5	PA; NMO
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	4	PA; NMO
ANTINEOPLÁSICOS		
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
AGENTES ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	BD; NMO
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	BD; NMO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	PA; NMO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NMO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NMO
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	PA; NMO
AGENTES ANTIANGIOGÉNICOS		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA; NMO
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; NMO
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	NMO; GC; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; NMO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NMO
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
ANTIESTRÓGENOS/MODIFICADORES		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	3	NMO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	5	NMO
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	GC
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	NMO; GC
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA; NMO
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA; NMO
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	5	NMO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	3	NMO
ANTINEOPLÁSTICOS, OTROS		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA; NMO
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; NMO
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; NMO
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; NMO
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	NMO; GC
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5	PA; NMO
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NMO
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NMO
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; NMO
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA; NMO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	BD; NMO
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA; NMO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; NMO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
INHIBIDORES DE AROMATASA, 3RA GENERACIÓN		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	GC
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE BLANCO MOLECULAR		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; NMO
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5	PA; NMO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NMO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA; NMO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; NMO
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA; NMO; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG	5	PA; NMO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA; NMO
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA; NMO
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA; NMO
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA; NMO
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	5	PA; NMO
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA; NMO
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; NMO
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5	PA; NMO
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	5	PA; NMO; QL (150 EA per 30 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5	PA; NMO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5	PA; NMO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA; NMO; QL (84 EA per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA; NMO; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA; NMO; QL (140 EA per 28 days)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	5	PA; NMO; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	5	PA; NMO
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA; NMO
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; NMO
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA; NMO
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5	PA; NMO
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	5	PA; NMO
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA; NMO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	5	PA; NMO
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA; NMO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA; NMO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA; NMO; QL (64 EA per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA; NMO; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NMO
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NMO
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	5	PA; NMO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; NMO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	5	PA; NMO
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA; NMO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; NMO
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; NMO; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA; NMO; QL (240 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NMO; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NMO
RETINOIDES		
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	5	PA; NMO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	PA; NMO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	NMO
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	NMO
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	NMO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	3	PA; NMO
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	4	NMO
ANTIPROTOZOARIOS		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	5	NMO
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	NMO
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	4	NMO
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	NMO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	2	
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG	4	NMO
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	4	NMO; QL (6 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	4	BD; NMO
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	4	BD; NMO
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	4	NMO
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	5	NMO
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	4	NMO
ANTIPSIKÓTIKOS		
A TÍPICO/2DA GENERACIÓN		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	5	NMO; QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	NMO
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	NMO
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	NMO
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	NMO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	5	NMO
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	NMO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	5	NMO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	5	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	NMO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	5	NMO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	5	NMO
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	NMO
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA; NMO
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NMO
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	4	NMO
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5	NMO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	GC
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	NMO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG	4	NMO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	NMO
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	5	NMO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	NMO
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	4	NMO
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	4	NMO
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	NMO
RESISTENTE AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	NMO
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	NMO
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	5	NMO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	NMO
TÍPICO/1RA GENERACIÓN		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	NMO
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	NMO
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	2	NMO
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	NMO
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
ANTIVIRALES		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	NMO
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	NMO
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	NMO
AGENTES ANTI-CITOMEGALOVIRUS (CMV)		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	4	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	3	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	4	NMO
AGENTES ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	2	NMO
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	3	NMO
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	4	NMO
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	NMO
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	3	NMO
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	NMO; GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	4	NMO
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	NMO; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	BD; NMO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	NMO
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	2	NMO
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	2	NMO
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA DE NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	2	QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	4	NMO; QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (720 ML per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	2	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	NMO; QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	5	NMO; QL (360 EA per 30 days)
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	QL (1575 ML per 28 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	4	QL (400 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	3	QL (300 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	NMO; QL (120 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	QL (360 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NMO; QL (360 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NMO; QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	NMO; QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
AGENTES ANTI-VIH, INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO NUCLEÓSIDOS (NNRTI)		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	3	QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES ANTI-VIH, OTROS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	5	NMO; QL (240 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	5	NMO; QL (120 EA per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NMO; QL (1800 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	QL (240 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NMO; QL (60 EA per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	5	NMO; QL (4 EA per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	5	NMO; QL (5 EA per 180 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	5	NMO; QL (180 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	4	NMO; QL (30 EA per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5	NMO; QL (600 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NMO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC)		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	5	PA; NMO
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NMO
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	4	NMO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	NMO
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	5	PA; NMO
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NMO
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	3	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	BD; NMO
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	4	BD; NMO
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	2	BD; NMO
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10- 0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	2	NMO
DOJOLVI ORAL LIQUID 100 %	5	PA; NMO
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	BD; NMO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	BD; NMO
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	4	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	GC
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	BD; NMO
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	4	BD; NMO
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	1	NMO; GC
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	4	BD; NMO
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	BD; NMO
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	BD; NMO
LIGANTES DE FOSFATO		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	4	PA
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	4	NMO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	3	
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	4	
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	4	NMO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; NMO
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	4	PA; NMO
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NMO
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	5	PA; NMO
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NMO
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	NMO
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	2	NMO
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	5	PA; NMO
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NMO
REEMPLAZO DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	5	NMO
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3	BD; NMO
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	2	NMO
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	2	NMO
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	GC
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	GC
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	1	GC
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	2	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	GC
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	3	NMO
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	3	BD; NMO
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	3	BD; NMO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	GC
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	2	NMO
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	2	NMO
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	2	NMO
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	2	NMO
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	2	NMO
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	NMO; GC
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	1	NMO; GC

PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES MODIFICADORES DE PLAQUETAS		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NMO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	4	
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	NMO
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	3	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	4	NMO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	5	NMO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	NMO
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	3	NMO
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	1	GC
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG	4	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	3	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	3	
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
PRODUCTOS Y MODIFICADORES DE SANGRE, OTROS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	3	
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	5	PA; NMO
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5	PA; NMO; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	5	PA; NMO; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NMO; QL (30 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	4	PA; NMO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	NMO
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5	PA; NMO
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA; NMO
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE		
AGENTES ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	GC
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	2	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	2	
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	3	
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	3	
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	1	GC
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	GC
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	3	PA
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	3	PA
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	GC
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	2	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	GC
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	GC
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	5	PA; NMO
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	5	PA; NMO

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG	3	
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	3	PA
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	3	PA
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	3	
AGENTES GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	3	NMO
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	3	NMO
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	3	NMO
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NMO; QL (120 EA per 30 days)
INSULINAS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	3	NMO
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	3	NMO
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	3	NMO
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	3	NMO
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart flexpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart injection solution 100 unit/ml</i>	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
<i>insulin aspart penfill subcutaneous solution cartridge 100 unit/ml</i>	3	
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	3	NMO
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	3	NMO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

NOMBRE DE DROGA	NIVEL DE DROGA	REQUISITOS/LIMITES
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	NMO
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NMO
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	4	NMO
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	NMO
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1	NMO; GC

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	88	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ...	88	
ABELCET.....	72	
ABILIFY ASIMTUFI.....	84	
ABILIFY MAINTENA.....	84	
<i>abiraterone acetate</i>	75	
ABRYSVO.....	39	
<i>acamprosate calcium</i>	50	
<i>acarbose</i>	96	
ACCUTANE.....	18	
<i>acebutolol hcl</i>	6	
<i>acetaminophen-codeine</i>	55	
<i>acetazolamide</i>	43	
<i>acetazolamide er</i>	43	
<i>acetic acid</i>	46	
<i>acetylcysteine</i>	51	
<i>acitretin</i>	18	
ACTHIB.....	39	
ACTIMMUNE.....	37	
<i>acyclovir</i>	21, 88	
<i>acyclovir sodium</i>	88	
ADACEL.....	39	
<i>adapalene</i>	18	
<i>adefovir dipivoxil</i>	91	
ADEMPAS.....	52	
AKEEGA.....	77	
<i>albendazole</i>	83	
<i>albuterol sulfate</i>	54	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	54	
<i>alclometasone dipropionate</i> ...	19	
ALECENSA.....	77	
<i>alendronate sodium</i>	42	
<i>alfuzosin hcl er</i>	24	
<i>aliskiren fumarate</i>	7	
<i>allopurinol</i>	50	
<i>almotriptan malate</i>	2	
<i>alosetron hcl</i>	22	
ALPHAGAN P.....	43	
<i>alprazolam</i>	58, 59	
<i>alprazolam er</i>	58	
ALTAVERA.....	25	
ALUNBRIG.....	77	
<i>alyacen 1/35</i>	25	
<i>amantadine hcl</i>	3	
<i>ambrisentan</i>	52	
<i>amcinonide</i>	19	
AMETHIA.....	25	
<i>amikacin sulfate</i>	59	
<i>amiloride hcl</i>	11	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	7	
<i>amiodarone hcl</i>	11	
<i>amitriptyline hcl</i>	71	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	7	
<i>amlodipine besylate</i>	5	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ..	7	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	7	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	7	
<i>ammonium lactate</i>	19	
AMNESTEEM.....	18	
<i>amoxapine</i>	71	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> ..	22	
<i>amoxicillin</i>	62	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	62	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	62	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>		16
<i>amphetamine-</i>		
<i>dextroamphetamine</i>	16	
<i>amphotericin b</i>	72	
<i>amphotericin b liposome</i>	72	
<i>ampicillin</i>	62	
<i>ampicillin sodium</i>	62, 63	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> ..	63	
<i>anagrelide hcl</i>	96	
<i>anastrozole</i>	77	
ANORO ELLIPTA.....	51	
<i>apraclonidine hcl</i>	43	
<i>aprepitant</i>	72	
APRI.....	25	
APTIOM.....	66	
APTIVUS.....	89	
ARANELLE.....	25	
ARCALYST.....	36	
AREXVY.....	39	
ARIKAYCE.....	59	
<i>aripiprazole</i>	84	
<i>armodafinil</i>	47	
ARNUIITY ELLIPTA.....	53	
<i>asenapine maleate</i>	84	
ASHLYNA.....	25	
ASMANEX (120 METERED		
DOSES).....	53	
ASMANEX (30 METERED		
DOSES).....	53	
ASMANEX (60 METERED		
DOSES).....	53	
ASMANEX HFA.....	53	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	95	
ASSURE ID INSULIN		
SAFETY SYR.....	98	
<i>atazanavir sulfate</i>	89	
<i>atenolol</i>	6	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	7	
<i>atomoxetine hcl</i>	14	
<i>atorvastatin calcium</i>	9	
<i>atovaquone</i>	83	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	83	
<i>atropine sulfate</i>	44	
ATROVENT HFA.....	54	
AUBRA EQ.....	25	
AUGTYRO.....	77	
AURYXIA.....	93	
AUSTEDO.....	16	
AUSTEDO XR.....	16	
AUSTEDO XR PATIENT		
TITRATION.....	16	
AUVELITY.....	69	
AVIANE.....	25	
AVONEX PEN.....	15	
AVONEX PREFILLED.....	15	
AYVAKIT.....	77	
AZASITE.....	45	
<i>azathioprine</i>	37	
<i>azelaic acid</i>	18	
<i>azelastine hcl</i>	43, 53	
<i>azelastine-fluticasone</i>	53	
<i>azithromycin</i>	64	
<i>aztreonam</i>	60	
B		
<i>bacitracin</i>	45	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	45	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		44
<i>baclofen</i>	2	
<i>balsalazide disodium</i>	47	
BALVERSA.....	77	
BALZIVA.....	25	
BAQSIMI ONE PACK.....	98	
BARACLUDGE.....	91	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

<i>bcg vaccine</i>	39	BRUKINSA.....	78	<i>carglumic acid</i>	93
BELSOMRA	47	<i>budesonide</i>	47, 53	<i>carteolol hcl</i>	43
<i>benazepril hcl</i>	12	<i>budesonide er</i>	47	CARTIA XT	5
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	7	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>		<i>carvedilol</i>	6
BENLYSTA.....	37	.....	51	<i>carvedilol phosphate er</i>	6
<i>benznidazole</i>	83	<i>bumetanide</i>	12	<i>casprofungin acetate</i>	73
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>		<i>buprenorphine</i>	56	CAYSTON	52
.....	18	<i>buprenorphine hcl</i>	50	<i>cefaclor</i>	61
<i>benztropine mesylate</i>	4	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>cefaclor er</i>	61
BESIVANCE	64	.....	50	<i>cefadroxil</i>	61
BESREMI.....	37	<i>bupropion hcl</i>	69	<i>cefazolin sodium</i>	61
<i>betaine</i>	48	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>		<i>cefdinir</i>	61
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	19	.....	49	<i>cefepime hcl</i>	61
<i>betamethasone dipropionate aug</i>		<i>bupropion hcl er (sr)</i>	69	<i>cefixime</i>	61
.....	19	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	69	<i>cefotetan disodium</i>	61
<i>betamethasone valerate</i>	19	<i>bupropion hcl</i>	58	<i>cefoxitin sodium</i>	61
BETASERON	15	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	57	<i>cefpodoxime proxetil</i>	61
<i>betaxolol hcl</i>	6, 43	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	57	<i>cefprozil</i>	61, 62
<i>bethanechol chloride</i>	24	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	57	<i>ceftazidime</i>	62
<i>bexarotene</i>	83	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	57	<i>ceftriaxone sodium</i>	62
BEXSERO.....	40	<i>butorphanol tartrate</i>	55	<i>cefuroxime axetil</i>	62
<i>bicalutamide</i>	75	BYLVAY	22	<i>cefuroxime sodium</i>	62
BICILLIN C-R	63	BYLVAY (PELLETS)	22	<i>celecoxib</i>	57
BICILLIN C-R 900/300.....	63	C		<i>cephalexin</i>	62
BICILLIN L-A	63	<i>cabergoline</i>	34	<i>cetirizine hcl</i>	53
BIKTARVY	89	CABLIVI.....	95	<i>cevimeline hcl</i>	17
<i>bimatoprost</i>	45	CABOMETYX.....	78	CHEMET.....	93
<i>bisoprolol fumarate</i>	6	<i>calcipotriene</i>	17	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	59
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	7	<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	19	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	
BLISOVI 24 FE	25	<i>calcitonin (salmon)</i>	42	.....	69
BLISOVI FE 1.5/30	25	<i>calcitriol</i>	17, 42	<i>chlorhexidine gluconate</i>	17
BOOSTRIX	40	<i>calcium acetate</i>	93	<i>chloroquine phosphate</i>	83
<i>bosentan</i>	52	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	93	<i>chlorpromazine hcl</i>	86
BOSULIF	77, 78	CALQUENCE.....	78	<i>chlorthalidone</i>	12
BRAFTOVI.....	78	CAMILA	31	<i>chlorzoxazone</i>	100
BREO ELLIPTA	51	CAMRESE LO.....	25	<i>cholestyramine</i>	10
BREZTRI AEROSPHERE	51	CAMZYOS	7	<i>cholestyramine light</i>	9
<i>briellyn</i>	25	<i>candesartan cilexetil</i>	10	<i>ciclopirox</i>	21
BRILINTA	95	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	8	<i>ciclopirox olamine</i>	73
<i>brimonidine tartrate</i>	44	CAPLYTA.....	84	<i>cilostazol</i>	95
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	44	CAPRELSA.....	78	CIMDUO	88
<i>brinzolamide</i>	44	<i>captopril</i>	12	<i>cimetidine</i>	23
BRIVIACT	67	<i>carbamazepine</i>	66	<i>cinacalcet hcl</i>	42
<i>bromfenac sodium</i>	45	<i>carbamazepine er</i>	66	CINRYZE.....	35
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>		<i>carbidopa</i>	4	<i>ciprofloxacin hcl</i>	46, 64, 65
.....	45	<i>carbidopa-levodopa</i>	4	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	65
<i>bromocriptine mesylate</i>	3	<i>carbidopa-levodopa er</i>	4	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	46
BROMSITE.....	46	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	46
BRONCHITOL	52	.....	3	<i>citalopram hydrobromide</i>	69, 70

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

CLARAVIS.....	18	<i>colesevelam hcl</i>	10	DAURISMO.....	78
<i>clarithromycin</i>	64	<i>colestipol hcl</i>	10	DAYBUE	17
<i>clarithromycin er</i>	64	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	60	DEBLITANE.....	31
CLENPIQ.....	22	COMBIGAN	44	<i>deferasirox</i>	93
CLIMARA PRO.....	25	COMBIPATCH.....	26	<i>deferiprone</i>	93
<i>clindamycin hcl</i>	60	COMBIVENT RESPIMAT ...	51	DELSTRIGO.....	88
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	60	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>demeclocycline hcl</i>	65
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>		DOSE)	78	DEPO-ESTRADIOL	30
.....	18	COMETRIQ (140 MG DAILY		DEPO-SUBQ PROVERA 104	
<i>clindamycin phosphate</i>	21, 60	DOSE)	78	.....	31
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> 60		COMETRIQ (60 MG DAILY		DESCOVY	88
CLINIMIX E/DEXTROSE		DOSE)	78	<i>desipramine hcl</i>	71
(2.75/5).....	91	COMFORT ASSIST INSULIN		<i>desloratadine</i>	53
CLINIMIX E/DEXTROSE		SYRINGE.....	98	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	32
(4.25/10).....	91	COMPLERA	90	<i>desmopressin acetate</i>	32
CLINIMIX E/DEXTROSE		CONDYLOX.....	17	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	26
(4.25/5).....	91	<i>constulose</i>	22	<i>desonide</i>	20
CLINIMIX E/DEXTROSE		COPIKTRA	78	<i>desoximetasone</i>	20
(5/15).....	92	CORLANOR.....	8	<i>desvenlafaxine er</i>	70
CLINIMIX E/DEXTROSE		COSENTYX.....	36	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	70
(5/20).....	92	COSENTYX (300 MG DOSE)		<i>dexamethasone</i>	32, 33
CLINIMIX/DEXTROSE		.....	36	<i>dexamethasone sodium</i>	
(4.25/10).....	92	COSENTYX SENSOREADY		<i>phosphate</i>	46
CLINIMIX/DEXTROSE		(300 MG).....	36	<i>dexlansoprazole</i>	23
(4.25/5).....	92	COSENTYX UNOREADY ...	36	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	14
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)		COTELLIC.....	78	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	16
.....	92	CREON	48	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	16
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)		<i>cromolyn sodium</i>	43, 48, 51	<i>dextrose</i>	92
.....	92	CRYSELLE-28	26	<i>dextrose-nacl</i>	92
CLINISOL SF	92	<i>cvs gauze sterile</i>	98	DIACOMIT	67
<i>clobazam</i>	66	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	100	<i>diazepam</i>	59, 66
<i>clobetasol propionate</i>	19, 20	<i>cyclophosphamide</i>	74	DIAZEPAM INTENSOL.....	59
<i>clobetasol propionate e</i>	19	<i>cyclosporine</i>	37, 44	<i>diazoxide</i>	98
<i>clobetasol propionate emulsion</i>		<i>cyclosporine modified</i>	37	<i>diclofenac potassium</i>	57
.....	19	<i>cyproheptadine hcl</i>	53	<i>diclofenac sodium</i>	17, 46, 57
<i>clomipramine hcl</i>	71	CYRED EQ.....	26	<i>diclofenac sodium er</i>	57
<i>clonazepam</i>	59	CYSTADROPS.....	44	<i>diclofenac-misoprostol</i>	57
<i>clonidine</i>	10	CYSTAGON	48	<i>dicloxacillin sodium</i>	63
<i>clonidine hcl</i>	10	CYSTARAN	44	<i>dicyclomine hcl</i>	23
<i>clonidine hcl er</i>	14	D		DIFICID	64
<i>clopidogrel bisulfate</i>	95	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .	95	<i>diflunisal</i>	57
<i>clorazepate dipotassium</i>	59	<i>dalfampridine er</i>	15	<i>difluprednate</i>	46
<i>clotrimazole</i>	73	<i>danazol</i>	30	<i>digoxin</i>	8
<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	17	<i>dantrolene sodium</i>	2	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ...	3
<i>clozapine</i>	86	<i>dapsone</i>	72	DILANTIN	66
COARTEM	83	DAPTACEL	40	<i>diltiazem hcl</i>	6
<i>codeine sulfate</i>	55	<i>daptomycin</i>	60	<i>diltiazem hcl er</i>	6
<i>colchicine</i>	50	<i>darifenacin hydrobromide er</i> ..	24	<i>diltiazem hcl er beads</i>	6
<i>colchicine-probenecid</i>	50	<i>darunavir</i>	89	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ...	6

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

<i>dilt-xr</i>	6	ELIQUIS DVT/PE STARTER	<i>escitalopram oxalate</i>	70
<i>dimethyl fumarate</i>	15	PACK	<i>esomeprazole magnesium</i>	23
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>		ELMIRON.....	ESTARYLLA.....	26
.....	15	ELURYNG.....	<i>estradiol</i>	30, 31
<i>diphenoxylate-atropine</i>	22	EMCYT	<i>estradiol valerate</i>	31
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt.</i>	40	EMGALITY	<i>estradiol-norethindrone acet.</i>	26
<i>dipyridamole</i>	95	EMSAM	ESTRING	31
<i>disopyramide phosphate</i>	11	<i>emtricitabine</i>	ESTROGEL.....	31
<i>disulfiram</i>	50	<i>emtricitabine-tenofovir df.</i>	<i>eszopiclone</i>	47
<i>divalproex sodium</i>	5	EMTRIVA.....	<i>ethacrynic acid</i>	12
<i>divalproex sodium er</i>	5	EMVERM	<i>ethambutol hcl</i>	72
DIVIGEL.....	30	<i>enalapril maleate</i>	<i>ethosuximide</i>	67
<i>dofetilide</i>	11	<i>enalapril-hydrochlorothiazide.</i>	<i>ethynodiol diac-eth estradiol.</i>	26
DOJOLVI.....	92	ENBREL	<i>etodolac</i>	57
<i>donepezil hcl</i>	13	ENBREL MINI	<i>etodolac er</i>	57
<i>dorzolamide hcl</i>	44	ENBREL SURECLICK	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol.</i>	26
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	44	ENDARI.....	<i>etravirine</i>	90
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>		ENDOCET	EUCRISA	20
.....	44	ENGERIX-B	EUTHYROX	33
DOTTI.....	30	ENILLORING.....	EVAMIST	31
DOVATO	89	<i>enoxaparin sodium</i>	<i>everolimus</i>	38, 78
<i>doxazosin mesylate</i>	11	ENPRESSE-28.....	EVOTAZ	89
<i>doxepin hcl</i>	47, 71	ENSKYCE.....	EVRYSDI.....	17
<i>doxercalciferol</i>	42	ENSPRYNG.....	EXEL COMFORT POINT PEN	
DOXY 100	65	<i>entacapone</i>	NEEDLE.....	98
<i>doxycycline hyclate</i>	65	<i>entecavir</i>	<i>exemestane</i>	77
<i>doxycycline monohydrate</i>	65	ENTRESTO.....	EXKIVITY	78
<i>dronabinol</i>	72	<i>enulose</i>	<i>ezetimibe</i>	10
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	26	ENVARSUS XR	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	10
DROXIA	75	EPIDIOLEX	F	
<i>droxidopa</i>	10	<i>epinastine hcl</i>	FALMINA.....	26
DUAVEE	30	<i>epinephrine</i>	<i>famciclovir</i>	88
<i>duloxetine hcl</i>	70	EPITOL	<i>famotidine</i>	23
DUPIXENT.....	36	<i>eplerenone</i>	FANAPT.....	84
<i>dutasteride</i>	24	EPRONTIA	FANAPT TITRATION PACK	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	24	ERAXIS.....	.....	84
E		<i>ergoloid mesylates</i>	<i>febuxostat</i>	50
<i>econazole nitrate</i>	73	ERIVEDGE.....	<i>felbamate</i>	67
EDARBI.....	10	ERLEADA	<i>felodipine er</i>	5
EDARBYCLOR.....	8	<i>erlotinib hcl</i>	<i>fenofibrate</i>	9
EDURANT.....	90	ERRIN	<i>fenofibrate micronized</i>	9
<i>efavirenz</i>	90	<i>ertapenem sodium</i>	<i>fenofibric acid</i>	9
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	88	<i>ery</i>	<i>fentanyl</i>	56
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>		ERYTHROCIN	<i>fentanyl citrate</i>	55
.....	88	LACTOBIONATE	FERRIPROX	93
<i>eletriptan hydrobromide</i>	2	ERYTHROCIN STEARATE.....	<i>fesoterodine fumarate er</i>	24
ELIGARD	34	<i>erythromycin</i>	FETZIMA.....	70
ELIQUIS	95	.....	FETZIMA TITRATION	70
		<i>erythromycin base</i>	FIASP	98
		<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

FIASP FLEXTOUCH	98	<i>galantamine hydrobromide</i>	14	HEPLISAV-B.....	40
FIASP PENFILL	98	<i>galantamine hydrobromide er</i>	13	HIBERIX.....	40
FILSPARI.....	8	GAMMAGARD.....	37	HUMIRA (2 PEN).....	38
<i>finasteride</i>	24	GAMMAGARD S/D LESS IGA		HUMIRA (2 SYRINGE).....	38
<i> fingolimod hcl</i>	15	.....	37	HUMIRA-CD/UC/HS	
FINTEPLA.....	67	GAMMAPLEX.....	37	STARTER.....	38
FIRDAPSE.....	17	GAMUNEX-C.....	37	HUMIRA-PED<40KG	
FIRMAGON.....	34	GARDASIL 9.....	40	CROHNS STARTER.....	38
FIRMAGON (240 MG DOSE)		<i>gatifloxacin</i>	45	HUMIRA-PED>/=40KG	
.....	34	GATTEX.....	22	CROHNS START.....	38
FLAREX.....	46	GAVILYTE-C.....	22	HUMIRA-PED>/=40KG UC	
<i>flecainide acetate</i>	11	GAVILYTE-G.....	22	STARTER.....	38
<i>fluconazole</i>	73	GAVRETO.....	79	HUMIRA-PS/UV/ADOL HS	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>gefitinib</i>	79	STARTER.....	38
.....	73	<i>gemfibrozil</i>	9	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT	
<i>flucytosine</i>	73	<i>generlac</i>	22	STARTER.....	38
<i>fludrocortisone acetate</i>	33	GENGRAF.....	38	<i>hydralazine hcl</i>	13
<i>flunisolide</i>	53	<i>gentamicin in saline</i>	59	<i>hydrochlorothiazide</i>	12
<i>fluocinolone acetonide</i>	20, 46	<i>gentamicin sulfate</i>	45, 59	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	55
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	20	GENVOYA.....	89	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	55
<i>fluocinonide</i>	20	GILOTRIF.....	79	<i>hydrocortisone</i>	20, 21, 33, 47
<i>fluocinonide emulsified base</i> ..	20	<i>glatiramer acetate</i>	15	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	20
<i>fluorometholone</i>	46	GLEOSTINE.....	74	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	
<i>fluorouracil</i>	17	<i>glimepiride</i>	96	.....	18
<i>fluoxetine hcl</i>	70	<i>glipizide</i>	96	<i>hydrocortisone valerate</i>	21
<i>fluphenazine decanoate</i>	86	<i>glipizide er</i>	96	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	46
<i>fluphenazine hcl</i>	86	<i>glipizide-metformin hcl</i>	96	<i>hydromorphone hcl</i>	55
<i>flurbiprofen</i>	57	<i>global alcohol prep ease</i>	17	<i>hydromorphone hcl er</i>	56
<i>flurbiprofen sodium</i>	46	GLUCAGEN HYPOKIT.....	98	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	83
<i>fluticasone furoate-vilanterol</i> ..	51	<i>glucagon emergency</i>	98	<i>hydroxyurea</i>	75
<i>fluticasone propionate</i>	20, 53	<i>glyburide</i>	96	<i>hydroxyzine hcl</i>	58
<i>fluticasone propionate hfa</i>	53	<i>glyburide micronized</i>	96	<i>hydroxyzine pamoate</i>	58
<i>fluticasone-salmeterol</i>	51	<i>glyburide-metformin</i>	96	HYFTOR.....	18
<i>fluvastatin sodium</i>	9	<i>glycopyrrolate</i>	23	I	
<i>fluvastatin sodium er</i>	9	<i>granisetron hcl</i>	72	<i>ibandronate sodium</i>	42
<i>fluvoxamine maleate</i>	70	<i>griseofulvin microsize</i>	73	IBRANCE.....	79
<i>fondaparinux sodium</i>	95	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	73	IBU.....	57
<i>fosamprenavir calcium</i>	89	<i>guanfacine hcl</i>	10	<i>ibuprofen</i>	57
<i>fosinopril sodium</i>	12	<i>guanfacine hcl er</i>	14	<i>icatibant acetate</i>	35
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	8	H		ICLEVIA.....	26
FOTIVDA.....	79	HAILEY 24 FE.....	26	ICLUSIG.....	79
FRUZAQLA.....	79	<i>halcinonide</i>	20	<i>icosapent ethyl</i>	10
<i>furosemide</i>	12	<i>halobetasol propionate</i>	20	IDHIFA.....	76
FUZEON.....	90	HALOETTE.....	26	ILEVRO.....	46
FYAVOLV.....	26	<i>haloperidol</i>	87	<i>imatinib mesylate</i>	79
FYCOMPA.....	67	<i>haloperidol decanoate</i>	86	IMBRUVICA.....	79
G		<i>haloperidol lactate</i>	86	<i>imipenem-cilastatin</i>	64
<i>gabapentin</i>	66	HAVRIX.....	40	<i>imipramine hcl</i>	71
GALAFOLD.....	48	<i>heparin sodium (porcine)</i>	95	<i>imipramine pamoate</i>	71

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

<i>imiquimod</i>	18	<i>itraconazole</i>	73	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	76
IMOVAX RABIES	40	<i>ivermectin</i>	83	KLOR-CON	94
IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	31	IWILFIN.....	76	KLOR-CON 10	93
IMVEXXY STARTER PACK	31	IXIARO	40	KLOR-CON M10.....	94
INBRIJA.....	4	J		KLOR-CON M15.....	94
INCASSIA	31	JAKAFI	79	KLOR-CON M20.....	94
INCRELEX	32	JANTOVEN	95	KLOXXADO	49
<i>indapamide</i>	12	JANUMET	97	KORLYM.....	98
<i>indomethacin</i>	57	JANUMET XR.....	97	KOSELUGO.....	80
<i>indomethacin er</i>	57	JANUVIA.....	97	KRAZATI.....	76
INFANRIX.....	40	JARDIANCE.....	97	KURVELO	27
INLYTA	79	JASMIEL.....	26	L	
INQOVI.....	75	JAYPIRCA	79	<i>labetalol hcl</i>	6
INREBIC.....	79	JINTELI.....	26	<i>lacosamide</i>	67
<i>insulin asp prot & asp flexpen</i>	98	JUBLIA	73	<i>lactulose</i>	22
<i>insulin aspart</i>	98	JULEBER.....	26	LAGEVRIO.....	87
<i>insulin aspart flexpen</i>	98	JULUCA.....	88	<i>lamivudine</i>	88, 91
<i>insulin aspart penfill</i>	99	JUNEL 1.5/30.....	27	<i>lamivudine-zidovudine</i>	88
<i>insulin aspart prot & aspart</i>	99	JUNEL 1/20.....	27	<i>lamotrigine</i>	68
INTELENCE.....	90	JUNEL FE 1.5/30	27	<i>lamotrigine er</i>	68
INTRALIPID	92	JUNEL FE 1/20	27	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	68
INTRAROSA.....	26	JUNEL FE 24	27	<i>lamotrigine starter kit-green</i> ..	68
INTROVALE.....	26	JUXTAPID.....	10	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	68
INVEGA HAFYERA.....	84	JYNNEOS	40	LAMPIT	83
INVEGA SUSTENNA.....	84, 85	K		<i>lansoprazole</i>	23
INVEGA TRINZA.....	85	KAITLIB FE	27	LANTUS	99
INVOKAMET.....	96	KALYDECO	52	LANTUS SOLOSTAR.....	99
INVOKAMET XR	97	KARIVA	27	<i>lapatinib ditosylate</i>	80
INVOKANA	97	KATERZIA.....	5	LARIN 1.5/30.....	27
IPOL	40	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	93	LARIN 1/20.....	27
<i>ipratropium bromide</i>	54	<i>kcl-lactated ringers-d5w</i>	93	LARIN FE 1.5/30	27
<i>ipratropium-albuterol</i>	51	KELNOR 1/35.....	27	LARIN FE 1/20	27
<i>irbesartan</i>	10	KELNOR 1/50.....	27	<i>latanoprost</i>	45
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	8	KERENDIA.....	12	LEENA	27
ISENTRESS	89	KESIMPTA	15	<i>leflunomide</i>	36
ISENTRESS HD	89	<i>ketoconazole</i>	73	<i>lenalidomide</i>	74
ISIBLOOM.....	26	<i>ketoprofen</i>	58	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	80
ISOLYTE-P IN D5W.....	92	<i>ketoprofen er</i>	58	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	80
ISOLYTE-S PH 7.4.....	93	<i>ketorolac tromethamine</i>	46, 58	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	80
<i>isoniazid</i>	72	KINERET	38	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	80
<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> ..	8	KINRIX	40	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	80
<i>isosorbide dinitrate</i>	13	KISQALI (200 MG DOSE) ...	79	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	80
<i>isosorbide mononitrate</i>	13	KISQALI (400 MG DOSE) ...	79		
<i>isosorbide mononitrate er</i>	13	KISQALI (600 MG DOSE) ...	80		
<i>isotretinoin</i>	18	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	76		
<i>isradipine</i>	5	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	76		
ISTURISA.....	33				

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	80	LORAZEPAM INTENSOL ...	59	MATZIM LA.....	6
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	80	LORBRENA	80	MAVYRET	91
LESSINA	27	LORYNA	27	MAYZENT.....	15
letrozole	77	<i>losartan potassium</i>	10	MAYZENT STARTER PACK	15
<i>leucovorin calcium</i>	76	<i>losartan potassium-hctz</i>	8	<i>meclizine hcl</i>	71
LEUKERAN	74	LOTEMAX	46	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	32
LEUKINE.....	96	LOTEMAX SM.....	46	<i>mefloquine hcl</i>	83
<i>leuprolide acetate</i>	34	<i>loteprednol etabonate</i>	46	<i>megestrol acetate</i>	32
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	34	<i>lovastatin</i>	9	MEKINIST	80
<i>levabuterol hcl</i>	54	LOW-OGESTREL	27	MEKTOVI.....	80
LEVEMIR	99	<i>loxapine succinate</i>	87	<i>meloxicam</i>	58
LEVEMIR FLEXPEN.....	99	<i>lubiprostone</i>	22	<i>memantine hcl</i>	13
<i>levetiracetam</i>	68	LUMAKRAS.....	76	<i>memantine hcl er</i>	13
<i>levetiracetam er</i>	68	LUMIGAN	45	MENACTRA.....	40
<i>levobunolol hcl</i>	43	LUPKYNIS	39	MENEST	31
<i>levocarnitine</i>	92	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	35	MENQUADFI	40
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	53	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	35	MENVEO	40
<i>levofloxacin</i>	45, 65	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	35	<i>mercaptopurine</i>	75
<i>levofloxacin in d5w</i>	65	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	35	<i>meropenem</i>	64
LEVONEST	27	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	35	<i>mesalamine</i>	47
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	35	<i>mesalamine er</i>	47
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	35	MESNEX.....	76
LEVORA 0.15/30 (28).....	27	<i>lurasidone hcl</i>	85	<i>metformin hcl</i>	97
<i>levothyroxine sodium</i>	33	LUTERA	27	<i>metformin hcl er</i>	97
LEVOXYL	34	LYBALVI	85	<i>methadone hcl</i>	56
LEXIVA.....	90	LYLEQ.....	31	<i>methazolamide</i>	44
<i>lidocaine</i>	58	LYNPARZA.....	76	<i>methenamine hippurate</i>	60
<i>lidocaine hcl</i>	58	LYSODREN.....	75	<i>methimazole</i>	35
<i>lidocaine viscous hcl</i>	58	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	80	<i>methocarbamol</i>	100
<i>lidocaine-prilocaine</i>	58	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	80	<i>methotrexate sodium</i>	39
<i>linezolid</i>	60	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	80	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	39
LINZESS	22	LYZA	31	<i>methoxsalen rapid</i>	18
<i>liothyronine sodium</i>	34	M		<i>methscopolamine bromide</i>	23
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	16	<i>magnesium sulfate</i>	94	<i>methsuximide</i>	67
<i>lisinopril</i>	12	<i>malathion</i>	22	<i>methylphenidate hcl</i>	14, 15
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	8	<i>maraviroc</i>	90	<i>methylphenidate hcl er</i>	14
<i>lithium</i>	5	<i>marlissa</i>	28	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	14
<i>lithium carbonate</i>	5	MARPLAN	69	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	14
<i>lithium carbonate er</i>	5	MATULANE.....	74	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .	14
LIVALO	9			<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	14
LO LOESTRIN FE.....	27			<i>methylprednisolone</i>	33
LOKELMA	93			<i>metoclopramide hcl</i>	23
LONSURF.....	76			<i>metolazone</i>	12
<i>loperamide hcl</i>	22			<i>metoprolol succinate er</i>	7
<i>lopinavir-ritonavir</i>	90			<i>metoprolol tartrate</i>	7
<i>lorazepam</i>	59			<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	8
				<i>metronidazole</i>	60

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1. Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

<i>metirosine</i>	8	<i>naratriptan hcl</i>	2	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	28
<i>mexiletine hcl</i>	11	NATACYN	45	NORTREL 0.5/35 (28).....	28
<i>micafungin sodium</i>	73	<i>nateglinide</i>	97	NORTREL 1/35 (21).....	28
<i>miconazole 3</i>	73	NATPARA	42	NORTREL 1/35 (28).....	28
MICROGESTIN 1.5/30	28	NAYZILAM.....	66	NORTREL 7/7/7	28
MICROGESTIN 1/20	28	<i>nebivolol hcl</i>	7	<i>nortriptyline hcl</i>	71
MICROGESTIN 24 FE.....	28	NECON 0.5/35 (28)	28	NORVIR.....	90
MICROGESTIN FE 1.5/30....	28	<i>nefazodone hcl</i>	70	NOVOLIN 70/30.....	99
MICROGESTIN FE 1/20.....	28	<i>neomycin sulfate</i>	59	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN .	99
<i>midodrine hcl</i>	10	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		NOVOLIN N	99
MIGERGOT.....	3	.....	45	NOVOLIN N FLEXPEN	99
<i>miglitol</i>	97	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		NOVOLIN R	99
<i>miglustat</i>	48	.....	44	NOVOLIN R FLEXPEN.....	99
MILI	28	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		NOVOLOG	99
<i>minocycline hcl</i>	65	.....	44	NOVOLOG FLEXPEN.....	99
<i>minoxidil</i>	13	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	44, 46	NOVOLOG MIX 70/30	99
<i>mirtazapine</i>	69	NERLYNX.....	80	NOVOLOG MIX 70/30	
<i>misoprostol</i>	24	NEUPRO.....	4	FLEXPEN.....	99
M-M-R II.....	41	<i>nevirapine</i>	90	NOVOLOG PENFILL	99
<i>modafinil</i>	47	<i>nevirapine er</i>	90	NOXAFIL.....	73
<i>moexipril hcl</i>	12	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	10	NUBEQA	75
<i>molindone hcl</i>	87	<i>nicardipine hcl</i>	5	NUCALA	51
<i>mometasone furoate</i>	21, 53	NICOTROL.....	49	NUEDEXTA	17
<i>montelukast sodium</i>	53, 54	NICOTROL NS.....	49	NUPLAZID	85
<i>morphine sulfate</i>	56	<i>nifedipine er</i>	5	NUTRILIPID.....	92
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>		<i>nifedipine er osmotic release</i>	5	NYAMYC	74
.....	56	NIKKI.....	28	NYLIA 1/35.....	28
<i>morphine sulfate er</i>	56	<i>nilutamide</i>	75	NYLIA 7/7/7	29
MOVANTIK	22	<i>nimodipine</i>	5	NYMYO.....	29
<i>moxifloxacin hcl</i>	45, 65	NINLARO	76	<i>nystatin</i>	74
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	65	<i>nisoldipine er</i>	5	<i>nystatin-triamcinolone</i>	18
MULTAQ.....	11	<i>nitazoxanide</i>	83	NYSTOP.....	74
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	94	<i>nitisinone</i>	48	O	
<i>mupirocin</i>	21	NITRO-BID.....	13	OCELLA	29
<i>mupirocin calcium</i>	21	<i>nitrofurantoin</i>	60	<i>octreotide acetate</i>	35
<i>mycophenolate mofetil</i>	39	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	60	ODEFSEY	88
<i>mycophenolate sodium</i>	39	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		ODOMZO.....	80
MYRBETRIQ	24	.....	60	OFEV.....	50
N		<i>nitroglycerin</i>	13	<i>ofloxacin</i>	45, 46, 65
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	23	<i>nizatidine</i>	23	OGSIVEO.....	74
<i>nabumetone</i>	58	NORA-BE	32	OJJAARA.....	81
<i>nadolol</i>	7	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	28	<i>olanzapine</i>	85
<i>nafcillin sodium</i>	63	<i>norethindrone</i>	32	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	69
<i>naftifine hcl</i>	73	<i>norethindrone acetate</i>	32	<i>olmesartan medoxomil</i>	11
<i>naloxone hcl</i>	49	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	28	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	8
<i>naltrexone hcl</i>	50	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	28	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	8
NAMZARIC.....	13	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	28	<i>olopatadine hcl</i>	53
<i>naproxen</i>	58	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	28	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	10
<i>naproxen sodium</i>	58	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	28	<i>omeprazole</i>	24

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

OMNITROPE.....	32	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	63	<i>potassium chloride in nacl</i>	94
<i>ondansetron</i>	72	<i>penicillin g potassium</i>	63	<i>potassium citrate er</i>	94
<i>ondansetron hcl</i>	72	<i>penicillin g sodium</i>	63	<i>potassium cl in dextrose 5%</i> ...94	
ONUREG	76	<i>penicillin v potassium</i>	63	PRADAXA.....	95
OPSUMIT	52	PENTACEL.....	41	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..4	
ORFADIN	48	<i>pentamidine isethionate</i>	84	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	4
ORGOVYX.....	76	<i>pentoxifylline er</i>	8	.....	4
ORKAMBI.....	52	<i>perindopril erbumine</i>	12	<i>prasugrel hcl</i>	95
<i>orphenadrine citrate er</i>	100	PERIOGARD	17	<i>pravastatin sodium</i>	9
ORSERDU	75	<i>permethrin</i>	22	<i>praziquantel</i>	83
<i>oseltamivir phosphate</i>	87	<i>perphenazine</i>	87	<i>prazosin hcl</i>	11
OSPHENA	29	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	69	<i>prednisolone</i>	33
OTEZLA	39	PERSERIS.....	85	<i>prednisolone acetate</i>	46
<i>oxacillin sodium</i>	63	<i>phenelzine sulfate</i>	69	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	33, 46
<i>oxacillin sodium in dextrose</i> ...63		<i>phenobarbital</i>	68	.....
<i>oxaprozin</i>	58	<i>phenytoin</i>	67	<i>prednisone</i>	33
<i>oxazepam</i>	58	<i>phenytoin sodium extended</i>	67	PREDNISONE INTENSOL...33	
<i>oxcarbazepine</i>	67	PIFELTRO	90	<i>preferred plus insulin syringe</i> ..99	
<i>oxiconazole nitrate</i>	74	<i>pilocarpine hcl</i>	17, 44	<i>pregabalin</i>	15
<i>oxybutynin chloride</i>	25	<i>pimecrolimus</i>	21	PREHEVBRIO	41
<i>oxybutynin chloride er</i>	24	<i>pimozide</i>	87	PREMARIN	31
<i>oxycodone hcl</i>	56	PIMTREA	29	PREMASOL.....	92
<i>oxycodone hcl er</i>	57	<i>pindolol</i>	7	PREMPHASE.....	29
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	56	<i>pioglitazone hcl</i>	97	PREMPRO	29
<i>oxymorphone hcl</i>	56	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> ...97		<i>prenatal</i>	92
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	97	PREVALITE	10
MG/DOSE).....	97	.....	97	PREVYMIS.....	87
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	97	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	63	PREZCOBIX.....	90
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	97	.....	63	PREZISTA	90
P		PIQRAY (200 MG DAILY	81	PRIFTIN.....	72
PACERONE.....	11	DOSE)	81	<i>primaquine phosphate</i>	84
<i>paliperidone er</i>	85	PIQRAY (250 MG DAILY	81	<i>primidone</i>	68
PANRETIN	18	DOSE)	81	PRIORIX	41
<i>pantoprazole sodium</i>	24	PIQRAY (300 MG DAILY	81	PRIVIGEN	37
<i>paricalcitol</i>	42	DOSE)	81	PROAIR RESPICLICK.....	55
<i>paroxetine hcl</i>	70	<i>pirfenidone</i>	50	<i>probenecid</i>	50
<i>paroxetine hcl er</i>	70	<i>piroxicam</i>	58	<i>prochlorperazine</i>	71
PAXIL	70	<i>pitavastatin calcium</i>	9	<i>prochlorperazine maleate</i>	71
PAXLOVID (150/100).....	87	PLASMA-LYTE A	94	PROCTO-MED HC.....	21
PAXLOVID (300/100).....	87	PLENAMINE.....	92	PROCTOSOL HC	21
<i>pazopanib hcl</i>	81	<i>podofilox</i>	18	PROCTOZONE-HC.....	21
PEDIARIX	41	<i>polymyxin b sulfate</i>	60	<i>progesterone</i>	32
PEDVAX HIB.....	41	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	45	PROGRAF.....	39
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..23		POMALYST	74	PROLASTIN-C	48
<i>peg-3350/electrolytes</i>	23	PORTIA-28	29	PROLENSA	46
PEGASYS	37	<i>posaconazole</i>	74	PROLIA.....	42
PEMAZYRE	81	<i>potassium chloride</i>	94	PROMACTA.....	96
PENBRAYA	41	<i>potassium chloride crys er</i>	94	<i>promethazine hcl</i>	71
<i>penicillamine</i>	24	<i>potassium chloride er</i>	94	<i>propafenone hcl</i>	11

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

<i>propafenone hcl er</i>	11	<i>ribavirin</i>	91	<i>silver sulfadiazine</i>	18
<i>propranolol hcl</i>	3, 7	<i>rifabutin</i>	72	SIMBRINZA	44
<i>propranolol hcl er</i>	3, 7	<i>rifampin</i>	72	<i>simvastatin</i>	9
<i>propylthiouracil</i>	35	<i>riluzole</i>	17	<i>sirolimus</i>	39
PROQUAD.....	41	<i>rimantadine hcl</i>	87	SIRTURO	72
PROSOL.....	92	RINVOQ	36	SKYRIZI	36
<i>protriptyline hcl</i>	71	<i>risedronate sodium</i>	43	SKYRIZI PEN.....	36
PULMOZYME.....	52	RISPERDAL CONSTA	85	<i>sodium chloride</i>	94
PURIXAN	76	<i>risperidone</i>	85, 86	<i>sodium fluoride</i>	94
<i>pyrazinamide</i>	72	<i>ritonavir</i>	90	<i>sodium oxybate</i>	47
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	<i>rivastigmine</i>	14	<i>sodium phenylbutyrate</i>	48
<i>pyridostigmine bromide er</i>	2	<i>rivastigmine tartrate</i>	14	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	93
<i>pyrimethamine</i>	84	<i>rizatriptan benzoate</i>	2	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	91
Q		ROCKLATAN	44	SOHONOS	48, 49
QINLOCK.....	81	<i>roflumilast</i>	55	<i>solifenacin succinate</i>	25
QUADRACEL	41	<i>ropinirole hcl</i>	4	SOLQUA.....	99
<i>quetiapine fumarate</i>	85	<i>ropinirole hcl er</i>	4	SOLTAMOX	75
<i>quetiapine fumarate er</i>	85	<i>rosuvastatin calcium</i>	9	SOMAVERT	35
<i>quinapril hcl</i>	12	ROTARIX	41	<i>sorafenib tosylate</i>	81
<i>quinidine gluconate er</i>	11	ROTATEQ	41	<i>sotalol hcl</i>	11
<i>quinidine sulfate</i>	11	ROZLYTREK	81	<i>sotalol hcl (af)</i>	11
<i>quinine sulfate</i>	84	RUBRACA.....	81	SPIRIVA HANDIHALER	54
R		<i>rufinamide</i>	67	SPIRIVA RESPIMAT	54
RABAVERT	41	RUKOBIA.....	90	<i>spironolactone</i>	12
<i>rabeprazole sodium</i>	24	RYBELSUS.....	97	<i>spironolactone-hctz</i>	8
<i>raloxifene hcl</i>	42	RYDAPT	81	SPRINTEC 28	29
<i>ramipril</i>	12	RYTARY.....	4	SPRITAM.....	68
<i>ranolazine er</i>	8	S		SPRYCEL.....	81
<i>rasagiline mesylate</i>	4	SANDIMMUNE	39	SPS	93
RAVICTI.....	48	SANTYL	18	SRONYX.....	29
RECLIPSEN.....	29	<i>sapropterin dihydrochloride</i> ...48		SSD.....	18
RECOMBIVAX HB	41	SAVELLA.....	15	STELARA	36
RECTIV	13	SAVELLA TITRATION PACK		STIOLTO RESPIMAT.....	51
REGRANEX	18	.....	15	STIVARGA	81
RELENZA DISKHALER	87	SCEMBLIX.....	81	<i>streptomycin sulfate</i>	59
RELI-ON INSULIN SYRINGE		<i>scopolamine</i>	72	STRIBILD	89
.....	99	SECUADO	86	<i>sucralfate</i>	24
<i>repaglinide</i>	97	<i>selegiline hcl</i>	4	<i>sulfacetamide sodium</i>	45
REPATHA	10	<i>selenium sulfide</i>	21	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..65	
REPATHA PUSHTRONEX		SELZENTRY	91	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>....45	
SYSTEM	10	SEREVENT DISKUS	55	<i>sulfadiazine</i>	65
REPATHA SURECLICK	10	<i>sertraline hcl</i>	70	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
RETACRIT	96	SETLAKIN	29	.....	65
RETEVMO.....	81	<i>sevelamer carbonate</i>	93	SULFAMYLON.....	21
REXULTI.....	85	SHAROBEL	32	<i>sulfasalazine</i>	47
REYATAZ	90	SHINGRIX	41	<i>sulindac</i>	58
REZLIDHIA.....	81	SIGNIFOR.....	35	<i>sumatriptan</i>	2
REZUROCK	39	<i>sildenafil citrate</i>	52	<i>sumatriptan succinate</i>	2
RHOPRESSA.....	44	<i>silodosin</i>	24	<i>sumatriptan succinate refill</i>	2

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

<i>sunitinib malate</i>	81	<i>testosterone cypionate</i>	30	<i>trazodone hcl</i>	70
SUNLENCA.....	91	<i>testosterone enanthate</i>	30	TRECATOR.....	72
SUPREP BOWEL PREP KIT	23	<i>tetrabenazine</i>	17	TRELEGY ELLIPTA.....	51
SUTAB.....	23	<i>tetracycline hcl</i>	65	TRELSTAR MIXJECT	35
SYEDA.....	29	THALOMID.....	75	TRESIBA	100
SYMBICORT.....	51	<i>theophylline er</i>	55	TRESIBA FLEXTOUCH....	100
SYMDEKO	52	<i>thioridazine hcl</i>	87	<i>tretinoin</i>	18, 83
SYMLINPEN 120	97	<i>thiothixene</i>	87	<i>tretinoin microsphere</i>	19
SYMLINPEN 60	97	THYQUIDITY	34	<i>tretinoin microsphere pump</i> ...	19
SYMPAZAN.....	66	TIADYLT ER.....	6	TREXALL	39
SYMTUZA.....	89	<i>tiagabine hcl</i>	66	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	17, 21
SYNAREL	35	TIBSOVO.....	82	<i>triamterene-hctz</i>	9
SYNJARDY	98	TICOVAC	41	<i>triazolam</i>	58
SYNJARDY XR	98	<i>tigecycline</i>	60	<i>trientine hcl</i>	93
SYNTHROID.....	34	TILIA FE.....	29	TRI-ESTARYLLA	29
T		<i>timolol maleate</i>	7, 43	<i>trifluoperazine hcl</i>	87
TABLOID	76	<i>timolol maleate (once-daily)</i> ..	43	<i>trifluridine</i>	88
TABRECTA.....	82	<i>tinidazole</i>	60	<i>trihexphenidyl hcl</i>	4
<i>tacrolimus</i>	21, 39	<i>tiotropium bromide</i>		TRIKAFTA	52
TAFINLAR	82	<i>monohydrate</i>	54	TRI-LEGEST FE.....	29
TAGRISSE	82	TIROSINT	34	TRI-LO-ESTARYLLA	29
TALZENNA.....	82	TIROSINT-SOL.....	34	TRI-LO-SPRINTEC.....	29
<i>tamoxifen citrate</i>	75	TIVICAY.....	89	<i>trimethobenzamide hcl</i>	72
<i>tamsulosin hcl</i>	24	TIVICAY PD	89	<i>trimethoprim</i>	61
TARINA 24 FE	29	<i>tizanidine hcl</i>	2	TRI-MILI.....	29
TARINA FE 1/20 EQ.....	29	TOBI PODHALER	52	<i>trimipramine maleate</i>	71
TASIGNA	82	<i>tobramycin</i>	45, 52	TRINTELLIX.....	70
TAVNEOS	36	<i>tobramycin sulfate</i>	59	TRI-NYMYO	29
<i>tazarotene</i>	18	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	45	TRI-SPRINTEC	29
TAZORAC	18	<i>tolterodine tartrate</i>	25	TRIUMEQ.....	91
TAZTIA XT	6	<i>tolterodine tartrate er</i>	25	TRIUMEQ PD.....	91
TAZVERIK.....	82	<i>tolvaptan</i>	93	TRIVORA (28).....	29
TDVAX.....	41	<i>topiramate</i>	3	TRI-VYLIBRA.....	30
TEFLARO.....	62	<i>topiramate er</i>	3	TRI-VYLIBRA LO	30
TEGLUTIK	17	<i>toremifene citrate</i>	75	TRIZIVIR	89
TEGSEDI.....	49	<i>torsemide</i>	12	TROPHAMINE.....	92
<i>telmisartan</i>	11	TOUJEO MAX SOLOSTAR		<i>trospium chloride</i>	25
<i>telmisartan-amlodipine</i>	8	.....	100	<i>trospium chloride er</i>	25
<i>telmisartan-hctz</i>	8	TOUJEO SOLOSTAR	100	TRULICITY	98
<i>temazepam</i>	47	TPN ELECTROLYTES	92	TRUMENBA.....	42
TENIVAC	41	<i>tramadol hcl</i>	56	TRUQAP	82
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	88	<i>tramadol hcl er</i>	57	TUKYSA.....	82
TEPMETKO.....	82	<i>tramadol-acetaminophen</i>	56	TURALIO.....	82
<i>terazosin hcl</i>	11	<i>trandolapril</i>	13	TURQOZ.....	30
<i>terbinafine hcl</i>	74	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> ..	9	TWINRIX.....	42
<i>terbutaline sulfate</i>	55	<i>tranexamic acid</i>	96	TYBOST.....	91
<i>terconazole</i>	74	<i>tranylcypromine sulfate</i>	69	TYMLOS.....	43
<i>teriparatide (recombinant)</i>	43	TRAVASOL.....	92	TYPHIM VI.....	42
<i>testosterone</i>	30	<i>travoprost (bak free)</i>	45		

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

U		
UBRELVY	3	
UNITHROID.....	34	
<i>ursodiol</i>	23	
V		
<i>valacyclovir hcl</i>	88	
VALCHLOR	74	
<i>valganciclovir hcl</i>	87	
<i>valproic acid</i>	68	
<i>valsartan</i>	11	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	9	
VALTOCO 10 MG DOSE.....	66	
VALTOCO 15 MG DOSE.....	66	
VALTOCO 20 MG DOSE.....	66	
VALTOCO 5 MG DOSE.....	66	
<i>vancomycin hcl</i>	61	
VANFLYTA	82	
VAQTA.....	42	
<i>varenicline tartrate</i>	49	
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	49	
VARIVAX	42	
VELIVET.....	30	
VELPHORO.....	93	
VEMLIDY	91	
VENCLEXTA.....	82	
VENCLEXTA STARTING PACK.....	82	
<i>venlafaxine besylate er</i>	70	
<i>venlafaxine hcl</i>	71	
<i>venlafaxine hcl er</i>	71	
<i>verapamil hcl</i>	6	
<i>verapamil hcl er</i>	6	
VERQUVO	9	
VERSACLOZ	86	
VERZENIO.....	82	
VESTURA	30	
VICTOZA	98	
VIENVA.....	30	
<i>vigabatrin</i>	66	
VIGADRONE	66	
VIGPODER.....	66	
VIJOICE.....	49	
<i>vilazodone hcl</i>	71	
VIRACEPT	90	
VIREAD.....	89	
VITRAKVI.....	82	
VIVITROL	50	
VIZIMPRO.....	82	
VONJO.....	82	
<i>voriconazole</i>	74	
VOSEVI	91	
VOTRIENT.....	82	
VRAYLAR.....	86	
VUMERITY	15	
VYFEMLA.....	30	
VYLIBRA	30	
VYNDAMAX	49	
VYVANSE.....	16	
VYZULTA	45	
W		
<i>warfarin sodium</i>	95	
WELIREG.....	76	
WIXELA INHUB.....	51	
X		
XALKORI.....	82, 83	
XARELTO	95	
XARELTO STARTER PACK	95	
XATMEP.....	76	
XCOPRI	68	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	68	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	68	
XDEMVY	45	
XERMELO.....	22	
XGEVA	43	
XIFAXAN	61	
XIIDRA.....	46	
XOFLUZA (40 MG DOSE)...	87	
XOFLUZA (80 MG DOSE)...	87	
XOLAIR.....	36	
XOSPATA.....	83	
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	76	
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	76	
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	76	
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	77	
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	77	
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	77	
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	77	
XTANDI.....	75	
XULANE.....	30	
XULTOPHY.....	98	
XURIDEN	49	
Y		
YF-VAX.....	42	
YONSA	75	
YUVAFEM	31	
Z		
ZAFEMY.....	30	
<i>zafirlukast</i>	54	
<i>zaleplon</i>	48	
ZARXIO.....	96	
ZEJULA	83	
ZELBORAF	83	
ZEMDRI.....	59	
ZENATANE.....	19	
ZENPEP	49	
<i>zidovudine</i>	89	
ZIEXTENZO.....	96	
ZILBRYSQ.....	37	
<i>zileuton er</i>	54	
ZIMHI.....	49	
<i>ziprasidone hcl</i>	86	
<i>ziprasidone mesylate</i>	86	
ZIRGAN	87	
ZOKINVY	49	
ZOLINZA.....	77	
<i>zolmitriptan</i>	2	
<i>zolpidem tartrate</i>	48	
<i>zolpidem tartrate er</i>	48	
ZONISADE	67	
<i>zonisamide</i>	67	
ZOVIA 1/35 (28).....	30	
ZTALMY	68	
ZURZUVAE.....	69	
ZYDELIG.....	83	
ZYFLO	54	
ZYKADIA.....	83	
ZYPREXA RELPREVV	86	

Para mas informacion sobre los simbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la pagina 1.
Formulary ID 24528, Version 10, Efectivo 04/01/2024. Fecha en que se actualizo 03/19/2024.

La discriminación es ilegal

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

Care N' Care:

Proporciona servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguajes de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas que tienen un idioma nativo diferente del inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

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

Si considera que Care N' Care no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: Care N' Care, Attn: Appeals and Grievances, 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300, Farmers Branch, TX 75234, 1-877-374-7993 (TTY 711), o por fax al 817-810-5214. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Apelaciones y Reclamos está disponible para ayudarle.

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

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-374-7993 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您对我们的健康或药物保险可能存有疑问，因此我们提供免费的翻译服务。如需翻译服务，请致电 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我们讲中文的人员将乐意为您提供帮助。这是一项免费服务。

CNC_MKDOC_24_022

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-374-7993 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-374-7993 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-374-7993 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-374-7993 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-374-7993 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabe: (711) ام صخش موقيس انيدل ةيودألا لودج وأ ةحصلاب قلعتت ةلئسأ يأ نع ةباجلال ةيناجملا يروفلا مجرتملا تامدخ مدقن اننا . كتدعاسمب ةيبرعلا ثدحتي. ةيناجم ةمدخ هذه. بلع انب لاصتالا بوس كيلع سيل ، يروف مجرتم بلع لوصحلل 1-877-374-7993

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-374-7993 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है यह एक मुफ्त से वा है

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-374-7993 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-374-7993 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-374-7993 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 同社の健康 健康保們と們品 們方們プランに們するご質問にお答えするために、無料の通們サ們ビスがあります。通們をご用命になるには、1-877-374-7993 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサ們 ビスです。

Este formulario fue actualizado el 3-19-2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, su Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care (HMO/PPO), al 1-877-374-7993, los usuarios de TTY deben llamar al 711, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana; o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes. O bien, visite www.cnhealthplan.com.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.