



Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Lista de medicamentos o Formulario)

ID DEL FORMULARIO: 26321

Esta Lista de medicamentos cubiertos fue actualizada con fecha 02/18/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.

Formulario 2026 de First Choice VIP Care (HMO D-SNP) (Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID del formulario: 26321

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó con fecha 02/18/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, llámenos al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

02/18/2026

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos están cubiertos por First Choice VIP Care. La *Lista de medicamentos* también le informa si hay restricciones o normas especiales para algún medicamento cubierto por First Choice VIP Care. Los términos clave y sus definiciones están en el último capítulo del *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	3
B1. ¿Qué medicamentos bajo receta están en la Lista de medicamentos cubiertos? (Para abreviar, llamamos "Lista de medicamentos" a la Lista de medicamentos cubiertos.)	4
B2. ¿Alguna vez cambia la Lista de medicamentos?	4
B3. ¿Qué sucede cuando hay algún cambio en la Lista de medicamentos?	5
B4. ¿Existen restricciones o límites a la cobertura de medicamentos o se requiere tomar alguna medida para obtener determinados medicamentos?.....	7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si se requieren medidas para obtener el medicamento?	7
B6. ¿Qué sucede si First Choice VIP Care cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad, y/o restricciones de terapia escalonada)?	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?.....	8
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	8
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de First Choice VIP Care y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?.....	9
B10. ¿Puedo pedir una excepción para cubrir mi medicamento?	10
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	10
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	10
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	10
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	11
B15. ¿First Choice VIP Care cubre el suministro de recetas médicas a largo plazo? ...	11
B16. ¿Mi farmacia local puede enviarme los medicamentos a mi hogar?.....	11
B17. ¿Cuál es mi copago?	11
C. Descripción general de la Lista de medicamentos cubiertos	13
C1. Lista de medicamentos por afección/Tipo de medicamento	15
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	118



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

A. Descargo de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden obtener en First Choice VIP Care. First Choice VIP Care es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa South Carolina Healthy Connections Medicaid. La inscripción en First Choice VIP Care está sujeta a la renovación del contrato.

- Siempre puede revisar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de First Choice VIP Care en línea en www.firstchoicevipcare.com o llamando a Servicios al Miembro al 1-888-996-0499 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- Este documento está disponible de manera gratuita en español.
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios al Miembro al 1-888-996-0499 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.
- Puede solicitar obtener este documento, ahora y en el futuro, en otro idioma u otro formato con solo llamar a Servicios al Miembro al 1-888-996-0499 (TTY 711), los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan.
- El plan registrará su solicitud y en el futuro le seguirá enviando los documentos en el idioma o formato que haya indicado, a menos que usted cancele o modifique su solicitud.
- Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento, simplemente llamando a Servicios al Miembro. Esta llamada es gratuita.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tiene sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para aprender más o buscar una pregunta y su respuesta.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

B1. ¿Qué medicamentos bajo receta están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos a la Lista de medicamentos cubiertos "Lista de medicamentos".)

Los medicamentos en la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C** son los medicamentos cubiertos por First Choice VIP Care. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar con nosotros y prestarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red".

- First Choice VIP Care cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la *Lista de medicamentos* si:
 - su médico u otro profesional que receta los medicamentos dice que usted los necesita para mejorar o mantener la salud;
 - First Choice VIP Care acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
 - usted obtiene el medicamento recetado en una farmacia de la red de First Choice VIP Care.
- En algunos casos, usted debe hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.firstchoicevipcare.com o llamando al número que aparece al final de la página.

B2. ¿Alguna vez cambia la *Lista de medicamentos*?

Sí, y First Choice VIP Care debe seguir las normas de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid al momento de hacer los cambios. Es posible que sumemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También es posible que cambiemos nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si un medicamento requiere o no requiere autorización previa. (La autorización previa es el permiso que otorga First Choice VIP Care antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (llamado límites de cantidades).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada sobre un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento.)



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Para obtener más información sobre estas normas sobre los medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, en general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- se lance al mercado un medicamento nuevo más barato que funcione tan bien como un medicamento que se encuentre en ese momento en la *Lista de medicamentos*, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 tienen más información sobre lo que sucede cuando se modifica la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede revisar la *Lista de medicamentos* actualizada de First Choice VIP Care en **www.firstchoicevipcare.com**. Las actualizaciones a la *Lista de medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se aplican **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustitución por algunas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos eliminar de inmediato los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos por algunas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos previamente sobre este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado cuando suceda.
 - Solo podemos realizar estos cambios si el medicamento que añadimos:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - es una versión biosimilar nueva de los productos biológicos originales incluidos en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que puede sustituir a un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para más información, consulte la **Sección B14**.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**. Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir la excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminar los medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Comuníquese con su proveedor para decidir qué hacer.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estas modificaciones a la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La FDA brinda nuevas guías o surgen guías clínicas nuevas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original cuando añadimos un biosimilar, o
- cambiamos las normas o límites de cobertura del medicamento de marca.
- Añadimos un medicamento genérico y sustituimos un medicamento de marca que actualmente está en la *Lista de medicamentos*, o
- añadimos un nuevo biosimilar para sustituir un biológico original que actualmente está en la *Lista de medicamentos*.
- Cambiamos las normas o límites de cobertura del medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran:

- le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la *Lista de medicamentos*, o
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un nuevo surtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Le ayudarán a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* con el que pueda reemplazarlo, o
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para saber más sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 – B12.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas sobre la cobertura o los límites de cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional que receta el medicamento deben hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta el medicamento primero deben obtener la aprobación de First Choice VIP Care antes de poder surtir su receta. La autorización previa es diferente a la derivación. Es posible que First Choice VIP Care no cubra el medicamento si usted no obtiene la autorización previa.
- **Límites a la cantidad:** a veces, First Choice VIP Care limita la cantidad que usted puede obtener de un medicamento.
- **Terapia escalonada:** a veces, First Choice VIP Care requiere que usted realice una terapia escalonada. Esto significa que usted tendrá que probar medicamentos en un cierto orden para su enfermedad. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que nosotros cubramos otro medicamento. Si el médico que le ha recetado el medicamento cree que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en la indicación:** si First Choice VIP Care cubre un medicamento solo para ciertas afecciones, lo identificamos claramente en la *Lista de medicamentos* junto con las afecciones específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando las tablas de la **Sección C**. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web que aparece al pie de página. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si es necesario tomar medidas para obtener el medicamento?

La tabla de la sección titulada "Lista de medicamentos por afección" tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso".



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

B6. ¿Qué sucede si First Choice VIP Care cambia sus normas sobre la forma en que cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites en la cantidad y/o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le avisaremos previamente si agregamos o cambiamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada para un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre esta notificación previa y sobre situaciones en las que tal vez no podamos avisarle antes de cambiar nuestras normas sobre medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar alfabéticamente, **O**
- puede buscarlo por afección.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en el Índice de la sección Medicamentos cubiertos. Lo puede encontrar después de la *Lista de medicamentos* en la **Sección D**. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. Los medicamentos de marca y genéricos de la Parte D, y los medicamentos bajo receta y de venta libre no cubiertos por Medicare, que están cubiertos por Healthy Connections Medicaid, están todos enumerados en el Índice.

Para buscar **por afección**, busque la sección titulada Lista de medicamentos por afección en la **Sección C1**. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de afección que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones cardíacas.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página para consultar. Si usted se entera de que First Choice VIP Care no cubrirá el medicamento, puede hacer alguna de estas cosas:

- Pedirle a Servicios al Miembro una lista de los medicamentos como el que usted quiere tomar. Luego mostrarle la lista a su médico o a otro profesional que receta el medicamento. El profesional puede recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea como el que usted quiere tomar. **O**



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

- Solicitar a First Choice VIP Care que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de First Choice VIP Care y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudar. Podemos cubrir temporalmente un suministro de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de First Choice VIP Care. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Podrán ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar o si solicitar una excepción.

Si su receta es por menos días, permitiremos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- nuestras normas del plan no le dejan obtener la cantidad indicada por su médico, **o**
- el medicamento requiere la autorización previa de First Choice VIP Care, **o**
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está en un hogar de ancianos o en otro centro médico de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede conseguir fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita un medicamento de forma inmediata:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), sea o no miembro nuevo de First Choice VIP Care.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días en que sea miembro de First Choice VIP Care.

Un cambio en el Nivel de atención ocurre cuando un miembro cambia de un entorno de tratamiento a otro. Por ejemplo, pasa de un hospital de cuidados para pacientes agudos a un centro médico de atención a largo plazo, o es dado de alta del hospital al hogar. Los miembros actuales que tienen un cambio en el nivel de atención son elegibles para recibir un suministro de transición de un medicamento que no figura en el formulario (un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*) al ser admitidos o dados de alta de un entorno que califique.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Si necesita ayuda para obtener un medicamento de transición, pídale a la farmacia que llame a nuestros Servicios de farmacia al Miembro al **1-833-809-3767**, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

B10. ¿Puedo pedir una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Usted puede pedirle a First Choice VIP Care que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, First Choice VIP Care puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que cambiemos el límite y que cubramos más.
 - Otros ejemplos: Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones de terapia escalonada o requisitos de autorización previa.
-

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página. Un representante de Servicios al Miembro trabajará con usted y quien le receta el medicamento para ayudarlos a solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9, Sección G1** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración del profesional que le receta el medicamento en apoyo de su solicitud de excepción, le informaremos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar su solicitud de excepción, llame al Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página.

Si usted o el profesional que receta el medicamento creen que su salud podría verse afectada si tiene que esperar 72 horas por una decisión, puede pedir una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional que receta el medicamento respalda su solicitud, le haremos conocer la decisión dentro de las 24 horas de recibir el informe del profesional que receta el medicamento.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos se hacen con los mismos principios activos que los medicamentos de marca. En general, cuestan menos que los medicamentos de marca y tienen la misma eficacia. A menudo, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Los medicamentos genéricos suelen poder sustituir a los de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta según las leyes estatales.

First Choice VIP Care cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, podría tratarse de un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de contar con un genérico, hay formas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las legislaciones estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del Miembro*.

B15. ¿First Choice VIP Care cubre el suministro de recetas médicas a largo plazo?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 100 días de sus medicamentos enviados directamente a su hogar. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
 - **Programas de farmacias minoristas para suministros de 100 días.** Algunas farmacias mayoristas pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos cubiertos. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
-

B16. ¿La farmacia local puede enviarme los medicamentos a mi hogar?

Su farmacia local podría enviarle los medicamentos a su hogar, Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen envío a domicilio.

B17. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de First Choice VIP Care tienen copagos que pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciban en base a sus ingresos. Comuníquese con el plan para recibir más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1: Genéricos preferidos: entre \$0 y \$12.65
- Nivel 2: Genéricos no preferidos: entre \$0 y \$12.65
- Nivel 3: Marcas preferidas: entre \$0 y \$12.65
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos: entre \$0 y \$12.65
- Nivel 5: Especialidad: entre \$0 y \$12.65
- Nivel 6: Medicamentos de Select Care: \$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran al final de esta página.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

C. Descripción general de la Lista de medicamentos cubiertos

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos que cubre First Choice VIP Care. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la **Sección D**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por First Choice VIP Care.

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

La información en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso" le indica si First Choice VIP Care tiene normas para cubrir su medicamento.


A continuación, se explican los códigos usados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso":

B/D: este medicamento bajo receta puede estar cubierto por el beneficio médico o de farmacia, según cómo se use. La farmacia se comunicará con el plan médico y su proveedor para determinar si el medicamento debe ser autorizado bajo su cobertura médica o su cobertura de farmacia.

NMO: esta receta médica no puede surtirse mediante las farmacias que ofrecen pedido por correo. Consulte su Directorio de proveedores y farmacias para obtener más información sobre las farmacias que ofrecen servicio de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores y farmacias o llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro.

LC: límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede recibir. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de veces que puede recargar una determinada medicación o la cantidad de medicación que puede recibir cada vez que surte una receta. Por ejemplo, si en general no se considera seguro tomar más de un comprimido por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

TE: terapia escalonada. En algunos casos, First Choice VIP Care requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección, es posible que First Choice VIP Care no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, First Choice VIP Care entonces cubrirá el medicamento B.

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

PA: autorización previa. First Choice VIP Care requiere que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará conseguir la aprobación de First Choice VIP Care antes de surtir sus recetas médicas. Es posible que First Choice VIP Care no cubra el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

DL: disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página.

MME significa equivalentes de miligramos de morfina, una medida que los médicos utilizan para determinar cómo se relacionan entre sí los distintos opioides. Si se usa a la morfina como referencia, los MME son una herramienta que permite a los médicos comparar diferentes medicamentos con una medida unificada y sencilla.

DCR indica que se requiere el código de diagnóstico apropiado para la cobertura de este medicamento.

Nota: Las letras DP al lado de un medicamento significan que el medicamento no es un "medicamento de la Parte D". Estos medicamentos tienen diferentes normas para las apelaciones.

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si usted o el profesional que receta el medicamento no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Si alguna vez tiene una pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-888-996-0499 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro* para saber cómo apelar una decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

C1. Lista de medicamentos por afección

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de afección que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones cardíacas.

Clasificación de medicamentos bajo receta	Afección
Analgésicos	Tratamiento del dolor
Anestésicos	Tratamiento local del dolor
Agentes para tratar adicciones/ consumo de sustancias tóxicas	Tratamiento de trastornos causados por el consumo de sustancias tóxicas
Antibacterianos	Tratamiento de infecciones bacterianas
Anticonvulsivos	Tratamiento de convulsiones
Agentes para tratar la demencia	Tratamiento de la demencia
Antidepresivos	Tratamiento de la depresión
Antieméticos	Tratamiento de vómitos o náuseas
Antimicóticos	Tratamiento de infecciones fúngicas o candidiasis
Agentes para la gota	Tratamiento o prevención de artritis gotosa
Agentes antiinflamatorios	Tratamiento de la inflamación
Agentes para la migraña	Tratamiento de la migraña
Agentes contra la miastenia	Tratamiento de la miastenia
Antimicobacterianos	Tratamiento de infecciones por organismos tipo tuberculosis
Antineoplásicos	Tratamiento del cáncer
Antiparasitarios	Tratamiento de infecciones parasitarias



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**. Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Clasificación de medicamentos bajo receta	Afección
Agentes antiparkinsonianos	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson
Antipsicóticos	Tratamiento de trastornos del comportamiento y emocionales
Agentes antiespasmódicos	Tratamiento de espasmos musculares
Antivirales	Tratamiento de infecciones víricas
Ansiolíticos	Tratamiento de la ansiedad o el nerviosismo
Agentes para el trastorno bipolar	Tratamiento del trastorno bipolar
Reguladores de glucosa en sangre	Control de la diabetes
Hemoderivados/modificadores/expansores del volumen sanguíneo	Prevención de coagulación y aumento de producción de células sanguíneas
Agentes cardiovasculares	Tratamiento de enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos
Agentes para el sistema nervioso central	Tratamiento de trastornos cerebrales y de la columna vertebral
Agentes odontológicos y bucales	Tratamiento de enfermedades bucales y de las encías
Agentes dermatológicos	Tratamiento de enfermedades de la piel
Suministros para la diabetes	Suministros usados para tratar la diabetes
Reemplazo/modificadores de enzimas	Medicamentos para reemplazar la carencia o deficiencia de la producción de enzimas
Agentes gastrointestinales	Tratamiento de enfermedades estomacales e intestinales
Agentes genitourinarios	Tratamiento de enfermedades de las vías urinarias y de la próstata



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Clasificación de medicamentos bajo receta	Afección
Agentes hormonales, estimulantes/ reemplazantes/ modificadores (suprarrenales)	Tratamiento de afecciones que requieren esteroides
Agentes hormonales, estimulantes/ reemplazantes/ modificadores (hipofisarios)	Tratamiento de afecciones de la glándula pituitaria (hipófisis)
Agentes hormonales, estimulantes/ reemplazantes/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)	Para el reemplazo o modificación de hormonas sexuales
Agentes hormonales, estimulantes/ reemplazantes/ modificadores (tiroides)	Tratamiento de enfermedades de la tiroides
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)	Tratamiento del cáncer de glándulas suprarrenales no operable
Agentes hormonales, supresores (paratiroides)	Tratamiento de enfermedades de la paratiroides
Agentes hormonales, supresores (hipófisis)	Tratamiento o modificación de la secreción de la hormona hipofisaria
Agentes hormonales, supresores (tiroides)	Tratamiento del hipertiroidismo
Agentes inmunológicos	Medicamentos que alteran el sistema inmunológico, incluso vacunas
Agentes para enfermedades inflamatorias intestinales	Tratamiento de la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn
Agentes para la osteopatía metabólica	Tratamiento de osteopatías, incluso osteoporosis
Agentes oftalmológicos	Tratamiento de enfermedades oculares
Agentes para enfermedades del oído	Tratamiento de enfermedades del oído
Agentes para las vías respiratorias	Tratamiento de enfermedades respiratorias



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite www.firstchoicevipcare.com. Para obtener más información, visite www.firstchoicevipcare.com.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

Clasificación de medicamentos bajo receta	Afección
Agentes para los pulmones/ vías respiratorias	Tratamiento de enfermedades respiratorias
Relajantes del músculo esquelético	Tratamiento de la tensión muscular
Agentes para trastornos del sueño	Tratamiento del insomnio
Nutrientes/minerales/electrolitos terapéuticos	Reemplazo o suplemento de minerales, nutrientes y vitaminas



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

First Choice VIP Care | Lista de medicamentos cubiertos 2026

(Formulario)

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscándolo por su nombre alfabéticamente. Le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional de cobertura para su medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o visite **www.firstchoicevipcare.com**.
Para obtener más información, visite **www.firstchoicevipcare.com**.

Nivel 6 estándar 2026 – First Choice VIP Care SC

Formulario para miembros 2026

ID del formulario 26321

ACTUALIZADO CON FECHA 3/1/2026

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Analgésicos: tratamiento del dolor		
Analgésicos		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	PA
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	2	PA
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	PA; MME
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	PA
<i>butalbital-apap-caffeine oral solution 50-325-40 mg/15ml</i>	2	PA
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	PA
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	PA; MME
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	PA
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml</i>	2	MME
Antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</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	
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 600 mg</i>	1	QL (150 EA per 30 days)
<i>ibu oral tablet 800 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	QL (150 EA per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 800 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	2	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 EA per 30 days)
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	3	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	3	
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	2	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
Analgésicos opioides, acción prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	2	PA; MME; QL (10 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	MME; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 62.5 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	4	MME; QL (10 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MME; QL (600 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MME; QL (1200 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	2	PA; MME; QL (120 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	2	PA; MME
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MME; QL (60 EA per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA; MME; QL (90 EA per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG	4	PA; MME; QL (60 EA per 30 days)
Analgésicos opioides, acción corta		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	2	MME; QL (2700 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	2	MME; QL (5 ML per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	2	MME; QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	2	MME; QL (240 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	MME; QL (150 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	2	MME; QL (600 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	2	MME

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	2	MME; QL (300 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	2	MME; QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	2	MME; QL (180 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MME; QL (1200 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent 15 mg</i>	2	MME; QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	2	MME; QL (180 EA per 30 days)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet 50-0.5 mg</i>	2	MME
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	2	MME; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	MME; QL (240 EA per 30 days)
Anestésicos: tratamiento local del dolor		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	2	QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	2	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	2	
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
Agentes de tratamiento para las adicciones/ el consumo de sustancias tóxicas Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias tóxicas		
Disuasorios/reductores del deseo de consumir alcohol		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5	QL (1 EA per 28 days)
Dependencia a opioides		

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>lofexidine hcl oral tablet 0.18 mg</i>	5	PA; QL (224 EA per 14 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	6	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
ZURNAI INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.5 MG/0.5ML	3	
Agentes antagonistas de opioides		
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	6	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	6	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	6	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	6	
OPVEE NASAL SOLUTION 2.7 MG/0.1ML	6	
REXTOVY NASAL LIQUID 4 MG/0.25ML	6	
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	2	QL (56 EA per 28 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	2	QL (56 EA per 28 days)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet 1 mg</i>	2	QL (56 EA per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antibacterianos: tratamiento de infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	5	PA
<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-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	2	
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted 1.2 gm</i>	2	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	2	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	2	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	4	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	2	QL (6 EA per 180 days)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	2	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	2	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	5	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	2	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	2	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500-500 MG	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	2	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1-5 gm/200ml-%, 1.25-5 gm/250ml-%, 1.5-5 gm/300ml-%, 500-5 mg/100ml-%, 750-5 mg/150ml-%</i>	2	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hcl intravenous solution 1000 mg/200ml, 1250 mg/250ml, 1500 mg/300ml, 1750 mg/350ml, 2000 mg/400ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 1.75 gm, 10 gm, 2 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	2	QL (40 EA per 10 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	2	QL (80 EA per 10 days)
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION 2-0.25 GM/50ML, 3-0.375 GM/50ML, 4-0.5 GM/100ML	4	
Betalactámicos, cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection solution prefilled syringe 3 gm/30ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 100 gm, 2 gm, 3 gm, 300 gm, 500 mg</i>	2	
<i>cefazolin sodium intravenous solution prefilled syringe 2 gm/10ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 3 gm</i>	2	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	2	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</i>	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefepime hcl intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/100ml</i>	2	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	2	
<i>cefepime-dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	2	
<i>cefoxitin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-2.2 gm-%(50ml)</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	2	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	2	
<i>ceftriaxone sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-3.74 gm-%(50ml), 2-2.22 gm-%(50ml)</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	4	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5	
Betalactámicos, penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	2	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nafcillin sodium in dextrose intravenous solution 2 gm/100ml</i>	4	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 2 gm/50ml</i>	2	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	2	
<i>piperacillin-tazobactam-nacl intravenous solution reconstituted 2-0.25 gm/50ml, 3-0.375 gm/50ml, 4-0.5 gm/100ml</i>	2	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	2	
<i>meropenem-sodium chloride intravenous solution reconstituted 1 gm/50ml, 500 mg/50ml</i>	2	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	5	QL (136 ML per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	5	QL (20 EA per 10 days)
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	2	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
Anticonvulsivos: tratamiento de convulsiones		
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<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	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; QL (720 ML per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	2	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	2	ST; QL (360 EA per 30 days)
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 500 mg</i>	2	ST; QL (180 EA per 30 days)
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i>	5	ST; QL (720 ML per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	2	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	4	ST; QL (360 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	4	ST; QL (180 EA per 30 days)
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	2	PA; QL (480 ML per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<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	ST; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	4	ST; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	4	ST; QL (28 EA per 28 days)
Agentes modificadores de canales de calcio		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	2	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	2	
Agentes que potencian el ácido gamma-aminobutírico (GABA)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	2	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	QL (360 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml, 300 mg/6ml</i>	2	QL (2160 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>midazolam intramuscular solution auto-injector 10 mg/0.7ml</i>	2	QL (2.8 ML per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml, 30 mg/7.5ml, 60 mg/15ml</i>	2	PA
<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	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	ST; QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA; QL (1100 ML per 30 days)
Agentes de canales de sodio		
<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>	1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	5	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	4	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable 50 mg</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	2	PA; QL (2400 ML per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	2	PA; QL (240 EA per 30 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	4	ST; QL (900 ML per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
Agentes para la demencia: manejo de la demencia		
Agentes para la demencia, otros		
<i>memantine hcl-donepezil hcl er oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	2	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	4	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	2	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<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)
Antagonista del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA)		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	1	
Antidepresivos: tratamiento de la depresión		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	5	ST
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG	5	ST
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA; QL (14 EA per 14 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	PA; 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/ISRN (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina/inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina)		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 10 mg/10ml, 5 mg/5ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	4	ST; QL (28 EA per 180 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	
<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>	2	
<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>	2	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	2	QL (900 ML per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	
<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>	2	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	PA
<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	PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	PA
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
Antieméticos: tratamiento de vómitos o náuseas		
Antieméticos, otros		
<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>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	2	QL (10 EA per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	2	
Coadyuvantes de terapia emetógena		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	2	B/D
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	B/D; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML	4	B/D
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	B/D
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	2	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	2	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antimicóticos: tratamiento de infecciones fúngicas o candidiasis		
Antimicóticos		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	2	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	4	PA
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	2	QL (45 GM per 28 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	2	QL (30 ML per 28 days)
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	2	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>klayesta external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (180 GM per 30 days)
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	4	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>micafungin sodium-nacl intravenous solution 100-0.9 mg/100ml-%, 150-0.9 mg/150ml-%, 50-0.9 mg/50ml-%</i>	2	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (180 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (30 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (30 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (180 GM per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	2	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (180 GM per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7ml</i>	2	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (630 ML per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	2	PA; QL (96 EA per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	4	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	5	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	2	PA
Agentes para la gota: tratamiento o prevención de artritis gotosa		
Agentes para la gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	2	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	2	ST
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
Agentes para la migraña: tratamiento de la migraña		
Agentes para la migraña		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	3	PA; QL (16 EA per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZAVZPRET NASAL SOLUTION 10 MG/ACT	5	PA; QL (8 EA per 30 days)
Alcaloides ergóticos		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	5	PA; QL (8 ML per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	2	PA
Profilácticos		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agonista del receptor de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (36 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (36 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	2	QL (24 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	2	QL (8 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (9 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (9 EA per 28 days)
Agentes antimiasténicos: tratamiento de la miastenia		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 24 hour 105 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	
Antimicobacterianos: tratamiento de infecciones causadas por organismos de tipo tuberculosis		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	4	
Agentes antituberculosos		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	PA
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA
Antineoplásicos: tratamiento del cáncer		
Agentes aquilantes		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	PA
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i>	5	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	PA
Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	PA
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
Antiestrógenos/Modificadores		
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	2	PA
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	5	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	5	PA
Antimetabolitos		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA; QL (5 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	5	PA
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (14 EA per 28 days)
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG	4	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	PA
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	5	PA; QL (66 EA per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	5	PA
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	5	PA
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5	PA
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG	5	PA
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG	5	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; QL (20 EA per 28 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG	5	PA
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA; QL (8 EA per 28 days)
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5ML	5	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 80 MG	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA; QL (32 EA per 28 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	2	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
Inhibidores de diana molecular		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA; QL (30 EA per 180 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (63 EA per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	5	PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg, 25 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	2	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA; QL (216 ML per 27 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG, 420 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA; QL (300 ML per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG	5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG, 7.5 MG	5	PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	5	PA; QL (1200 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA
<i>nilotinib d-tartrate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
<i>nilotinib d-tartrate oral capsule 50 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	5	PA
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	5	PA
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	5	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (224 EA per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	5	PA; QL (840 EA per 28 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA
TRUQAP ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (64 EA per 28 days)
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	5	PA; QL (64 EA per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	5	PA; QL (42 EA per 28 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG	5	PA
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
Retinoides		
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	PA
Adyuvantes del tratamiento		
LEDERLE LEUCOVORIN ORAL TABLET 5 MG	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	2	
Antiparasitarios: tratamiento de infecciones parasitarias		
Antihelminéticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	QL (20 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	2	
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	2	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	4	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos: tratamiento de la enfermedad de Parkinson		
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	ST
Agonistas de la dopamina		
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml</i>	5	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	2	
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>	2	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<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	
Precursores de la dopamina y/o inhibidores de la descarboxilasa del aminoácido L		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
Antipsicóticos: tratamiento de trastornos del comportamiento y emocionales		
Primera generación/Típicos		
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	4	
<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	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<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>	4	
<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	
Segunda generación/Atípicos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	3	QL (2.4 ML per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	3	QL (3.2 ML per 56 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	3	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	3	QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (900 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	5	PA; QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	5	PA; QL (0.75 ML per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	5	PA; QL (2.25 ML per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	PA; QL (0.25 ML per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	PA; QL (8 EA per 180 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	4	PA; QL (12 EA per 180 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	4	PA; QL (8 EA per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	3	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	3	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	3	QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	3	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	3	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	3	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	3	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	3	QL (0.88 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	3	QL (1.32 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	3	QL (1.75 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	3	QL (2.63 ML per 84 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RISPERIDONE MICROSPHERES ER INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	2	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (360 ML per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	5	PA; QL (0.28 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	5	PA; QL (0.35 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	5	PA; QL (0.42 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	5	PA; QL (0.56 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	5	PA; QL (0.7 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	5	PA; QL (0.14 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	5	PA; QL (0.21 ML per 28 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	2	QL (6 EA per 3 days)
Resistentes al tratamiento		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 150 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 25 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	QL (600 ML per 30 days)
Agentes antiespasmódicos: tratamiento de espasmos musculares		
Agentes antiespasmódicos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
Antivirales: tratamiento de infecciones víricas		
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA
PREVYMIS ORAL PACKET 120 MG, 20 MG	5	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	5	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	2	
Agentes antihepatitis B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	4	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml, 300 mg/30ml</i>	2	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
Agentes antihepatitis C (HCV)		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	5	PA; QL (150 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	B/D
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	2	
Agentes anti-VIH, inhibidores de la integrasa (INSTI)		
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
Agentes anti-VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI)		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	5	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>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
Agentes anti-VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (NNRTI)		
<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>	2	QL (30 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	5	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 (1920 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
Agentes anti-VIH, otros		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML	5	QL (52 ML per 365 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML	5	QL (42 ML per 365 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-rilpivir-tenofovir df oral tablet 200-25-300 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	3	QL (1840 ML per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	5	QL (10 EA per 365 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	5	QL (8 EA per 365 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	5	QL (10 EA per 365 days)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	5	QL (6 ML per 365 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	2	QL (180 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	4	QL (390 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	QL (360 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (300 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	4	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
Agentes antiinfluenza		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	2	QL (84 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	2	QL (1080 ML per 84 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	4	QL (60 EA per 180 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
Antivirales, agentes contra el coronavirus		
<i>paxlovid (150/100) oral tablet therapy pack 10 x 150 mg & 10 x 100mg</i>	3	QL (20 EA per 5 days)
<i>paxlovid (300/100 & 150/100) oral tablet therapy pack 6 x 150 mg & 5 x 100mg</i>	3	QL (11 EA per 5 days)
<i>paxlovid (300/100) oral tablet therapy pack 20 x 150 mg & 10 x 100mg</i>	3	QL (30 EA per 5 days)
Ansiolíticos: tratamiento de la ansiedad o el nerviosismo		
Ansiolíticos, otros		

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>	2	QL (300 ML per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
Agentes para el trastorno bipolar: tratamiento de enfermedades bipolares		
Estabilizadores del estado de ánimo		
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Reguladores de glucosa en sangre: control de la diabetes		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector 18 mg/3ml</i>	2	PA; QL (9 ML per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	6	QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	6	QL (75 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	6	QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	6	QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	5	QL (10.8 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	5	QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
Agentes glucémicos		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	3	QL (4 EA per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	2	
<i>glucagon emergency injection solution reconstituted 1 mg, 1 mg/ml</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
<i>gauze pad 2"x2"</i>	1	
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	3	
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>insulin aspart flexpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin aspart injection solution 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	2	
<i>insulin syringe 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 27g x 5/8" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 29g x 1/2" 0.3 ml, 29g x 1/2" 0.5 ml, 29g x 1/2" 1 ml, 29g x 5/16" 1 ml, 30g x 1/2" 0.3 ml, 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.3 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 1/4" 0.3 ml, 31g x 1/4" 0.5 ml, 31g x 1/4" 1 ml, 31g x 15/64" 0.3 ml, 31g x 15/64" 0.5 ml, 31g x 15/64" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml, 31g x 6mm 0.5 ml, u-100 1 ml</i>	1	
INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML, 29G 0.3 ML	1	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION 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 FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 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 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	3	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	3	
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	3	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 KIT	3	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	3	
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	3	
<i>pen needles 29g x 12.7mm , 29g x 12mm , 29g x 4mm , 30g x 5 mm , 30g x 8 mm , 31g x 4 mm , 31g x 5 mm , 31g x 6 mm , 31g x 8 mm , 32g x 4 mm , 32g x 5 mm , 32g x 6 mm</i>	1	
PEN NEEDLES 31G X 4 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM	1	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	QL (15 ML per 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	3	
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	3	
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	3	
Productos sanguíneos y modificadores		
Prevención de coagulación y aumento de producción de células sanguíneas		
Anticoagulantes		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 500 UNIT	4	PA
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG	3	
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG	3	
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	QL (148 EA per 365 days)
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG	3	
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	2	
<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>	2	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	5	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<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	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	3	QL (900 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	QL (102 EA per 365 days)
Productos sanguíneos y modificadores, otros		
<i>aminocaproic acid oral solution 0.25 gm/ml</i>	2	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML	5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 40 MCG/0.4ML	4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 300 MCG/0.6ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3ML	5	PA
<i>eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg</i>	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 25 mg</i>	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA
FYLNTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG, 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG	5	PA
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
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5	PA
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	
BRILINTA ORAL TABLET 90 MG	4	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	PA
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	5	PA
DOPTELET SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG	5	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares: tratamiento de enfermedades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos		
Agonistas alfa-adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes bloqueadores alfa-adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 4 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 2 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	5	PA
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<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>	2	
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	4	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	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>	2	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
Agentes betabloqueantes		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<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, 80 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes bloqueadores de los canales de calcio, dihidropiridínicos		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	PA
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	2	
agentes bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	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	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	6	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<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>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<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>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	6	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan cilxetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan cilxetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	4	PA; QL (450 ML per 30 days)
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	2	QL (150 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	6	
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	6	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	5	PA
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	2	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
Diuréticos de asa		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Diuréticos ahorradores de potasio		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	2	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	2	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	2	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	2	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	2	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	2	
<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	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5	PA
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	2	
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	2	
<i>prevalite oral powder 4 gm/dose</i>	2	
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
Vasodilatadores arteriales de acción directa		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	4	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	4	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	2	
Agentes para el sistema nervioso central: tratamiento de trastornos del cerebro y la columna vertebral		
Agentes para el trastorno de déficit de atención e 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, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
Agentes para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 27 mg, 54 mg, 72 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<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>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para el sistema nervioso central, otros		
AQNEURSA ORAL PACKET 1 GM	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	5	PA; QL (28 EA per 28 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	5	PA; QL (56 EA per 180 days)
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	5	PA; QL (240 ML per 30 days)
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG	5	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	5	PA; QL (28 EA per 180 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8ML	5	PA
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML	5	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA
Agentes para la fibromialgia		
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	4	ST; QL (55 EA per 180 days)
Agentes para la esclerosis múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>cladribine (10 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>cladribine (4 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>cladribine (5 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>cladribine (6 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>cladribine (7 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>cladribine (8 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>cladribine (9 tabs) oral tablet therapy pack 10 mg</i>	5	PA
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	2	PA; QL (56 EA per 28 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	2	PA; QL (120 EA per 180 days)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	5	PA
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	PA; QL (12 EA per 180 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	4	PA; QL (7 EA per 180 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	5	PA; QL (20 ML per 180 days)
PONVORY ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 2-3-4-5-6-7-8-9 & 10 MG	5	PA; QL (14 EA per 180 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6X8.8 & 6X22 MCG	5	PA
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML	5	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6X8.8 & 6X22 MCG	5	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 X 0.23MG & 3 X 0.46MG	5	PA; QL (7 EA per 180 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK 0.23MG & 0.46MG 0.92MG(21)	5	PA; QL (28 EA per 180 days)

Agentes odontológicos y bucales: tratamiento de trastornos de la boca y las encías

Agentes odontológicos y bucales

<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	2	

Agentes dermatológicos: tratamiento de afecciones de la piel

Agentes para el acné y la rosácea

<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	PA
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	2	
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	2	
<i>amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-5 %</i>	2	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	2	QL (45 GM per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	2	QL (45 GM per 30 days)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
Agentes para la dermatitis y el prurito		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	2	QL (50 ML per 30 days)
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	2	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	2	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	2	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	2	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	2	PA; QL (90 GM per 30 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	4	PA
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	2	QL (118.28 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	2	QL (118.28 ML per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	QL (50 GM per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	QL (50 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	2	
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %	5	PA
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	2	ST
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	ST
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	2	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone in absorbbase external ointment 0.05 %</i>	2	
Agentes dermatológicos, otros		
<i>alcohol pad , 70 %</i>	1	
<i>alcohol sheet , 70 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	2	QL (45 GM per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	2	QL (60 ML per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	2	QL (40 GM per 30 days)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	2	QL (10 ML per 30 days)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	2	QL (24 EA per 30 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	QL (60 GM per 28 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	QL (60 GM per 28 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	5	PA; QL (55 EA per 180 days)
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK 10&20&30&(ER)75 MG	5	PA; QL (41 EA per 180 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	2	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	3	QL (180 GM per 30 days)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	2	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	2	QL (59 ML per 30 days)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	2	QL (30 GM per 30 days)
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	2	QL (30 GM per 30 days)
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	2	QL (6.6 ML per 28 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	2	QL (60 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ery external pad 2 %</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	QL (30 GM per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	QL (30 GM per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	2	QL (45 GM per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	2	QL (45 GM per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	2	QL (59 ML per 30 days)
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	2	QL (44 GM per 30 days)
<i>penciclovir external cream 1 %</i>	2	QL (5 GM per 30 days)

**Electrolitos/minerales/metales/vitaminas
: productos que suplementan o
reemplazan electrolitos, minerales,
metales o vitaminas**

Reemplazo de electrolitos/minerales

<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	5	PA
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 20-5-0.45 meq/l-%-%</i>	2	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	3	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	3	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	3	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	3	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	3	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	3	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 40 meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral solution 10 %, 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	
<i>sodium chloride (pf) injection solution 0.9 %</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %</i>	2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	2	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
<i>CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG</i>	5	PA
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA
<i>deferasirox oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5	PA
<i>tolvaptan (hyponatremia) oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	5	PA
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	5	PA
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	5	PA
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	4	B/D
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	2	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	B/D
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	2	
<i>levocarnitine sf oral solution 1 gm/10ml</i>	2	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	B/D
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	4	B/D
PNV 27-CA/FE/FA ORAL TABLET 60-1 MG	2	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	2	
Aglutinantes de fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	2	QL (540 EA per 30 days)
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml</i>	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	2	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension 30 gm/120ml</i>	2	
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM	5	QL (30 EA per 30 days)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM	5	QL (90 EA per 30 days)
Vitaminas		
<i>trinatal rx 1 oral tablet 60-1 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes gastrointestinales: tratamiento de enfermedades estomacales e intestinales		
Agentes para el estreñimiento		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	2	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	2	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>	2	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	2	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml, 20 gm/30ml</i>	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	4	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE)	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 12 MG/0.6ML	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 8 MG/0.4ML	5	PA; QL (12 ML per 30 days)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	2	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	2	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA; QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
Agentes gastrointestinales, otros		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG	5	PA
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML	5	PA
LIVMARLI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK 500-20 MG	4	PA; QL (112 EA per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK 500-500-20 MG	4	PA; QL (112 EA per 14 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
Protectores		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	
Inhibidores de la bomba de protones		

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
Trastornos genéticos, de enzimas o de proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento: productos que reemplazan, modifican o tratan trastornos genéticos o de enzimas		
Trastornos genéticos, de enzimas o de proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	5	PA
<i>betaine oral powder</i>	5	
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG	5	PA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	PA
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/50ML	5	PA
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 4 GM/200ML, 5 GM/250ML	4	PA
<i>glycerol phenylbutyrate oral liquid 1.1 gm/ml</i>	5	PA
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	5	PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	5	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	5	PA
REVCOSI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML	5	PA
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 0.9 MG	5	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	5	PA
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	

Agentes genitourinarios: tratamiento de enfermedades de las vías urinarias y de la próstata

Antiespasmódicos, urinarios

<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	3	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
Agentes para la hipertrofia prostática benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	PA
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	5	PA
<i>tiopronin oral tablet delayed release 100 mg, 300 mg</i>	5	PA
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (suprarrenales): tratamiento de afecciones que requieren esteroides		
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (suprarrenales)		
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 40 UNIT/0.5ML, 80 UNIT/ML	5	PA
CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	5	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	5	PA
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	2	
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (pituitaria): tratamiento de afecciones de la glándula pituitaria		
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/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	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 MG	5	PA
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	5	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 5 MG	4	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 24 MG/1.2ML, 60 MG/1.2ML	5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	5	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 0.7 MG, 1.4 MG, 1.8 MG, 11 MG, 13.3 MG, 2.1 MG, 2.5 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG	5	PA
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (hormonas sexuales/modificadores): para reemplazar o modificar las hormonas sexuales		
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	5	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>	2	PA; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	2	PA; QL (180 ML per 30 days)
Estrógenos		
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	QL (8 EA per 28 days)
<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	QL (4 EA per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 %</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	
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	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulantes/ reemplazantes/ modificadores (hormonas sexuales/modificadores)		
ABIGALE LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	2	
ABIGALE ORAL TABLET 1-0.5 MG	2	
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ashlyna oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	2	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	2	
<i>balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>charlotte 24 fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.05-0.14 MG/DAY, 0.05-0.25 MG/DAY	4	QL (8 EA per 28 days)
<i>cryselle oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>daysee oral tablet 0.15-0.03 &0.01 mg</i>	2	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	2	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	2	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	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	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	2	
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>finzala oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	2	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	2	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
JAIMIESS ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	2	
<i>jasmiel oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>kalliga oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	2	
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	4	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	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	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	4	
LOJAIMIESS ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	2	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	2	
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>lo-zumandimine oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
LUIZZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
LUIZZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	2	
<i>luter a oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>mibelas 24 fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	2	
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	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	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	2	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	4	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	2	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	3	
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	2	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</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>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	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	2	
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	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	
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	2	
<i>simpesse oral tablet 0.15-0.03 &0.01 mg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	3	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	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	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	2	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>velivet oral tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg</i>	2	
<i>vestura oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	2	
VOLNEA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	2	
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>wera oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>wymzya fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	2	
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	2	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>zumandimine oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
Progestinas		
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	3	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 625 mg/5ml</i>	2	PA
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	PA
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	2	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	2	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	2	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	2	
Agentes modificadores selectivos del receptor de estrógeno		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (tiroides): tratamiento de afecciones de la tiroides		
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazantes/ modificadores (tiroides)		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	4	
<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	
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	4	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
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	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	4	
Agentes hormonales, supresores (pituitaria): tratamiento o modificación de la secreción hormonal de la pituitaria		
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	4	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	5	PA
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	4	PA
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>	2	PA
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	4	PA
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG	5	PA
<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
<i>octreotide acetate intramuscular kit 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	5	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	5	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA; QL (30 EA per 28 days)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK 300-1-0.5 & 300 MG	5	PA
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	5	PA
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 4 MG	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA
Agentes hormonales, supresores (tiroides): tratamiento de hipertiroidismo		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Agentes inmunológicos: medicamentos para alterar el sistema inmunológico, incluso vacunas		
Agentes para el angioedema		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	5	PA
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	5	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	5	PA; QL (20 EA per 30 days)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	5	PA; QL (27 ML per 30 days)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG	5	PA
Inmunoglobulinas		
GAMMAGARD ERC INJECTION SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	5	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	5	B/D

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	5	B/D
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	5	B/D
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	5	B/D
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	5	B/D
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	5	B/D
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	5	B/D
Agentes inmunológicos, otros		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	5	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (2.5 ML per 28 days)
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 20 MG/ML, 30 MG/ML	5	PA
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 108 MG/0.68ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA
IMULDOSA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
IMULDOSA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (2.28 ML per 28 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (2.28 ML per 28 days)
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	5	PA
LEQSELVI ORAL TABLET 8 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	5	PA; QL (4 EA per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML	5	PA; QL (2.8 ML per 28 days)
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	3	PA; QL (104 ML per 180 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 210 MG/1.5ML	5	PA; QL (4.5 ML per 28 days)
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	3	PA; QL (104 ML per 180 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
STEQEYMA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	3	PA; QL (104 ML per 180 days)
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.25ML	5	PA; QL (0.75 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.5ML	5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	5	PA
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml</i>	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 90 mg/ml</i>	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
<i>ustekinumab-aekn subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml</i>	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
<i>ustekinumab-aekn subcutaneous solution prefilled syringe 90 mg/ml</i>	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; QL (480 ML per 24 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	3	PA; QL (104 ML per 180 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 16.6 MG/0.416ML	5	PA; QL (11.648 ML per 28 days)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML	5	PA; QL (16.072 ML per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 32.4 MG/0.81ML	5	PA; QL (22.68 ML per 28 days)
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-fkjp (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	3	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.4ml</i>	3	PA; QL (4 EA per 28 days)
<i>adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	3	PA; QL (6 EA per 28 days)
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	4	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	5	B/D
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B/D
CIMZIA (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	2	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	B/D
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG	4	B/D
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG	5	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg</i>	2	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>leflunomide oral tablet 20 mg</i>	2	QL (42 EA per 30 days)
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	2	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	2	B/D
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	B/D
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	3	PA; QL (6 EA per 28 days)
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	3	PA; QL (3 EA per 28 days)
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	3	PA; QL (3 EA per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	3	PA; QL (6 EA per 28 days)
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	3	PA; QL (4 EA per 28 days)
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML	3	PA; QL (6 EA per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/0.5ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	4	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	B/D
<i>tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml</i>	5	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	2	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	6	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	6	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	6	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	6	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	6	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	6	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	6	
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	6	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	6	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	6	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	6	
ENFLONIA INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 105 MG/0.7ML	6	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	6	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	6	B/D
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	6	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	6	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	6	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	6	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	6	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	6	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	6	
IPOL INJECTION SUSPENSION	6	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	6	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	6	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	6	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	6	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	6	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	6	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	6	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	6	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	6	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	6	
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	6	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	6	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	6	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	6	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	6	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	6	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	6	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	6	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	6	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	6	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	6	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	6	QL (2 ML per 999 days)
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	6	QL (2 EA per 999 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU (INJECTION)	6	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2 LF/0.5ML	6	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	6	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	6	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	6	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	6	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	6	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	6	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	6	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	6	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	6	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	6	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	6	QL (4 EA per 365 days)
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	6	
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	6	

Agentes para las enfermedades inflamatorias intestinales - Tratamiento de la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn

Aminosalicilatos

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	2	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	2	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21)</i>	1	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	2	
Agentes para la osteopatía metabólica - Tratamiento de osteopatías, incluso osteoporosis		
Agentes para la osteopatía metabólica		
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 EA per 28 days)
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	5	PA; QL (2.24 ML per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	2	
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 EA per 28 days)
JUBBONTI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 ML per 180 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	2	
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 ML per 180 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	5	PA; QL (2.48 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	PA
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	
YORVIPATH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 168 MCG/0.56ML, 294 MCG/0.98ML, 420 MCG/1.4ML	5	PA
Agentes oftálmicos: tratamiento de afecciones de los ojos		
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	2	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	2	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	5	PA
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	2	ST
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 0.1 %, 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	2	
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.002 %	5	PA
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	5	PA
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
XDEMYVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	5	PA
Agentes antialérgicos oftálmicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	2	
Agentes oftálmicos bloqueadores beta-adrenérgicos		
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	2	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes oftálmicos para reducir la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	2	
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	2	ST

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	2	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 1.25 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	ST
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	3	ST
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	
Análogos oftálmicos de la prostaglandina y la prostamida		
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	2	
Agentes óticos: tratamiento de afecciones de los oídos		
Agentes para enfermedades del oído		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 ML per 7 days)
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %, 3.5-10000-1</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	2	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	2	
Agentes para las vías respiratorias/pulmones: tratamiento de afecciones respiratorias		
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	1	QL (60 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	2	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	2	
Antiinflamatorios, corticoides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	2	B/D; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	2	B/D; QL (60 ML per 30 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	2	QL (50 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act</i>	2	QL (600 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 50 mcg/act</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	2	QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	2	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	2	QL (10.6 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	2	QL (16 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	2	QL (34 GM per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT	4	
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	4	ST
Broncodilatadores, anticolinérgicos		

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	2	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	3	QL (4 GM per 30 days)
<i>tiotropium bromide inhalation capsule 18 mcg</i>	2	QL (90 EA per 90 days)
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	2	QL (2 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	2	B/D; QL (120 ML per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	2	B/D
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	QL (36 GM per 30 days)
Agentes para la fibrosis quística		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5	PA; QL (84 ML per 56 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	B/D
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	5	PA; QL (224 EA per 56 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	3	B/D; QL (672 ML per 84 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	3	B/D; QL (280 ML per 56 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	3	B/D
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	2	
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad pulmonar		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	2	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	2	
Antihipertensivos pulmonares		

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	4	PA; QL (720 ML per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5ML	5	PA; QL (300 ML per 30 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X64MCG, 112 X 48MCG & 112 X64MCG, 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG, 80 MCG	5	PA
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG	5	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	5	PA
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	5	PA
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	5	PA
Agentes para la fibrosis pulmonar		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	2	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
Agentes para las vías respiratorias, otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	2	B/D
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	3	QL (12 GM per 30 days)

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	3	QL (10.7 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	3	QL (60 EA per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	QL (10.7 GM per 30 days)
BRINSUPRI ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	2	QL (10.2 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	4	QL (8 GM per 30 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML	5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
<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	QL (60 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	2	B/D
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	2	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	5	PA; QL (0.4 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	2	PA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	3	QL (4 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5	PA; QL (8 EA per 28 days)

Relajantes del músculo esquelético: tratamiento de la rigidez muscular

Relajantes del músculo esquelético

<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	PA

Relajantes del músculo esquelético

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para estimular el sueño		
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; QL (158 ML per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	5	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes para estimular la vigilia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
XYWAV ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5	PA

Última actualización 02/18/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página viii. Las medicaciones que estén incluidas en un compuesto pueden requerir autorización previa.

Índice

- 1**
12 hour nasal decongestant.. 184
12 hour nasal spray..... 184
12hr allergy relief..... 147, 209
- 2**
24hr allergy & congestion relief
..... 147, 152
24hr allergy relief..... 147, 210
- 3**
3 day vaginal 215
- 7**
7 day vaginal 215
- 8**
8 hr arthritis pain relief..... 161, 165, 170
- A**
abacavir sulfate..... 44
abacavir sulfate-lamivudine... 44
ABIGALE 87
ABIGALE LO 87
ABILIFY ASIMTUFII..... 38
ABILIFY MAINTENA..... 38
abiraterone acetate 26
ABIRTEGA..... 26
ABRYSVO..... 103
acamprosate calcium..... 4
acarbose 48
acebutolol hcl 60
acetaminophen 162, 165, 170, 171
acetaminophen childrens..... 161, 165, 170
acetaminophen er . 161, 165, 170
acetaminophen extra strength
..... 161, 165, 170
acetaminophen infants. 161, 165, 170
acetaminophen pm..... 141, 143, 162, 168, 171
acetaminophen-codeine..... 3
acetazolamide..... 61
acetazolamide er 110
acetic acid 111
acetylcysteine 115
ACID GONE 185, 193
acid reducer..... 145, 197
acid reducer maximum strength
..... 145, 197
- acidophilus/l-sporogenes*..... 188
acidophilus-bacillus coagulans
..... 188
acitretin 72
acne medication 10..... 220
acne medication 2.5..... 220
acne medication 5..... 220
ACTEMRA 97
ACTEMRA ACTPEN..... 97
ACTHIB 103
ACTIMMUNE 101
acyclovir 43, 76
acyclovir sodium..... 43
ADACEL..... 103
adalimumab-fkjp (2 pen) 101
adalimumab-fkjp (2 syringe) 101
adapalene 72, 201, 219, 221
adapalene-benzoyl peroxide... 72
adefovir dipivoxil..... 43
ADEMPAS..... 115
adult aspirin regimen .. 159, 160, 165, 175
ADVAIR HFA 115
afirmelle..... 87
AFRIN NODRIP ORIGINAL
..... 184
AIMOVIG 24
AKEEGA..... 27
alahist pe 143, 146, 153
ALAWAY 145, 180
ALAWAY CHILDRENS
ALLERGY 145, 180
albendazole..... 35
albuterol sulfate..... 113
albuterol sulfate hfa..... 113
alclometasone dipropionate ... 73
alcohol..... 75
ALECENSA 29
alendronate sodium 108
alevazol..... 215
alfuzosin hcl er 84
aliskiren fumarate..... 62
all day allergy..... 147, 210
all day allergy childrens..... 147, 210
all day pain relief 165, 172, 174, 200
all day relief.. 165, 172, 174, 200
- aller-chlor*..... 143, 146, 207
allergy.. 141, 143, 146, 154, 163, 168, 201, 207
allergy childrens..... 147, 210
allergy rel child (loratadine)
..... 147, 210
allergy relief 141, 143, 146, 148, 154, 163, 168, 169, 182, 198, 201, 204, 207, 209, 210
allergy relief (cetirizine)..... 147, 210
allergy relief (loratadine) 147, 210
allergy relief cetirizine . 147, 210
allergy relief childrens 141, 143, 147, 154, 163, 168, 201, 207, 210
allergy relief d 147, 152
allergy relief d-12 148, 152
allergy relief d-24 148, 152
allergy relief/indoor/outdoor
..... 148, 210
allergy relief/nasal decongest
..... 148, 152
allergy/congestion relief..... 148, 152
allergy-d 24hr..... 148, 152
allopurinol 23
ALMACONE DOUBLE
STRENGTH 185, 189
alosetron hcl 80
alprazolam 47
alprazolam intensol 47
ALTAVERA..... 87
alum & mag hydroxide-simeth
..... 185, 189
aluminum hydroxide gel 185, 191
ALUNBRIG 29
alyacen 1/35..... 87
alyacen 7/7/7 87
ALYFTREK 113
amantadine hcl 36
ambrisentan 115
amikacin sulfate..... 6
amiloride hcl..... 64
amiloride-hydrochlorothiazide
..... 62
aminocaproic acid 56

<i>amiodarone hcl</i>	59	<i>antiseptic skin cleanser</i> 151, 182,		<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	35
<i>amitriptyline hcl</i>	20	215, 220		ATRIX MEDICATED	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>		<i>apomorphine hcl</i>	36	FORMULA.....	219
.....	62	<i>apraclonidine hcl</i>	110	<i>atropine sulfate</i>	109
<i>amlodipine besylate</i>	61	<i>aprepitant</i>	21	ATROVENT HFA.....	113
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> 62		<i>apri</i>	87	<i>aubra eq</i>	87
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	62	APRODINE.....	143, 146, 152	AUGTYRO.....	29
<i>amlodipine-olmesartan</i>	62	APTIVUS	46	<i>aurovela 1.5/30</i>	87
<i>amlodipine-valsartan-hetz</i>	62	AQNEURSA	68	<i>aurovela 1/20</i>	87
<i>ammonium lactate</i>	73, 217	AQUANIL HC	182, 198, 218	<i>aurovela 24 fe</i>	87
<i>amnesteem</i>	72	<i>aqueous vitamin d</i>	227	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	87
<i>amoxapine</i>	20	<i>aqueous vitamin e</i>	228	<i>aurovela fe 1/20</i>	87
<i>amoxicillin</i>	10	ARALAST NP	82	AUSTEDO	68
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	10	<i>aranelle</i>	87	AUSTEDO XR.....	68, 69
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> 10		ARANESP (ALBUMIN FREE)		AUSTEDO XR PATIENT	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>		.....	56	TITRATION.....	69
.....	67	ARCALYST.....	97	AUVELITY	18
<i>amphetamine-</i>		AREXVY	103	<i>aviane</i>	87
<i>dextroamphetamine</i>	67	ARIKAYCE	6	AVMAPKI FAKZYNJA CO-	
<i>amphotericin b</i>	22	<i>aripiprazole</i>	38	PACK	27
<i>amphotericin b liposome</i>	22	ARISTADA.....	38	<i>ayuna</i>	87
<i>ampicillin</i>	10	ARISTADA INITIO.....	38	AYVAKIT	29
<i>ampicillin sodium</i>	10	<i>armodafinil</i>	118	<i>azathioprine</i>	101
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .	10	ARNUITY ELLIPTA.....	112	<i>azelastine hcl</i>	109, 111
<i>anagrelide hcl</i>	56	<i>arthritis pain relief</i> 162, 165, 171		<i>azithromycin</i>	12
<i>anastrozole</i>	29	<i>arthritis pain reliever</i> ...	220, 221	<i>aztreonam</i>	6
ANORO ELLIPTA	116	<i>ascorbic acid</i>	227	AZURETTE	87
<i>antacid</i>	186, 190, 191	<i>asenapine maleate</i>	38	B	
<i>antacid & antigas</i>	185, 189	<i>ashlyna</i>	87	<i>baby skin protectant</i>	217
<i>antacid calcium</i>	185, 191	<i>aspirin</i> ...159, 160, 165, 166, 175		<i>bac (butalbital-acetamin-caff)</i> ..	1
<i>antacid extra strength</i> ..	186, 191,	<i>aspirin adult low dose</i> .	159, 160,	<i>bacitracin</i>	109, 151, 181, 213
193		165, 175		<i>bacitracin zinc</i>	151, 181, 213
<i>antacid maximum strength</i> ..	186,	<i>aspirin low dose</i> ..	159, 160, 165,	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	151, 181,
190		175		213	
<i>antacid regular strength</i>	186,	<i>aspirin regimen</i>	159, 160, 166,	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	109
190		175		<i>back & body extra strength</i> .	173,
<i>antacid ultra strength</i> ...	186, 191	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	57	175	
<i>antacid/antigas</i>	186, 190	ASTAGRAF XL.....	101	<i>baclofen</i>	42
<i>anti-dandruff</i>	215, 220	<i>atazanavir sulfate</i>	46	BACMIN	177, 222
<i>anti-diarrheal</i>	188	<i>atenolol</i>	60	BAFIERTAM.....	70
<i>antifungal</i>	215	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	62	<i>balsalazide disodium</i>	107
<i>antifungal (clotrimazole)</i>	215	<i>athletes foot</i>	216	BALVERSA	29
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	221	<i>athletes foot (clotrimazole)</i> ...216		<i>balziva</i>	87
<i>antifungal clotrimazole</i>	215	<i>athletes foot (terbinafine)</i>	151,	BANOPHEN141, 143, 154, 155,	
<i>antifungal maximum strength</i>		212		163, 164, 169, 201, 202, 207,	
.....	222	<i>athletes foot powder spray</i> ..	216,	213	
<i>anti-itch</i>	213	222		BAQSIMI ONE PACK	51
<i>anti-itch maximum strength</i> ..	182,	<i>atomoxetine hcl</i>	67	BAQSIMI TWO PACK	51
198, 218		<i>atorvastatin calcium</i>	65	BARACLUDGE.....	43
<i>anti-nausea</i>	189	<i>atovaquone</i>	35	BCG VACCINE	103

<i>b-complex/b-12</i>	225	<i>brimonidine tartrate</i>	110	<i>calcium antacid extra strength</i>	186, 192
<i>benazepril hcl</i>	59	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .	109	<i>calcium carbonate antacid</i> ..	186,
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	62	BRINSUPRI	116	192	
BENLYSTA	97	<i>brinzolamide</i>	111	CAL-GEST ANTACID	186, 192
<i>benzoyl peroxide</i>	220	BRIVIACT	13	CALPHRON.....	177
<i>benzoyl peroxide wash</i>	220	<i>bromfenac sodium</i>	109	CALQUENCE	29
<i>benztropine mesylate</i>	36	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	109	<i>camila</i>	93
BERINERT	96	<i>bromocriptine mesylate</i>	36	CAMZYOS.....	62
BESREMI.....	27	BRUKINSA.....	29	<i>candesartan cilexetil</i>	58
BETADINE.....	215, 220	<i>budesonide</i> ...107, 112, 182, 204, 209		<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	62
BETADINE SURGICAL SCRUB.....	215, 220	<i>budesonide er</i>	107	CAPLYTA.....	38
BETADINE SWABSTICKS	215, 220	BUDESONIDE- FORMOTEROL		CAPRELSA.....	29
<i>betaine</i>	82	FUMARATE	116	<i>captopril</i>	59
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	73	<i>bumetanide</i>	64	<i>carbamazepine</i>	16
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	73	<i>buprenorphine</i>	2	<i>carbamazepine er</i>	16
<i>betamethasone valerate</i>	73	<i>buprenorphine hcl</i>	5	<i>carbidopa</i>	37
BETASERON	70	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	5	<i>carbidopa-levodopa</i>	37
<i>betaxolol hcl</i>	60, 110	<i>bupropion hcl</i>	18	<i>carbidopa-levodopa er</i>	37
<i>bethanechol chloride</i>	84	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	5	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	36
BEVESPI AEROSPHERE... 116		<i>bupropion hcl er (sr)</i>	18	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	183
<i>bexarotene</i>	34	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	18	<i>carglumic acid</i>	77
BEXSERO.....	103	<i>burn relief</i>	213	<i>carisoprodol</i>	117
BEYFORTUS.....	103	<i>buspironone hcl</i>	47	<i>carteolol hcl</i>	110
<i>bicalutamide</i>	26	<i>butalbital-acetaminophen</i>	1	<i>cartia xt</i>	61
BICILLIN L-A	10	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	1	<i>carvedilol</i>	60
BIKTARVY	45	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	1	<i>caspofungin acetate</i>	22
<i>bisacodyl</i>	193	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	1	CAYSTON	114
<i>bisacodyl ec</i>	193	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	1	<i>cefaclor</i>	8
<i>bismuth subsalicylate</i> .. 186, 188, 191		<i>butenafine hcl</i>	217	<i>cefaclor er</i>	8
<i>bisoprolol fumarate</i>	60	<i>butorphanol tartrate</i>	3	<i>cefadroxil</i>	8
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	62	C		<i>cefazolin sodium</i>	8
<i>blisovi 24 fe</i>	87	CABENUVA.....	45	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	8
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	87	<i>cabergoline</i>	94	<i>cefdinir</i>	8
<i>blisovi fe 1/20</i>	87	CABLIVI.....	97	<i>cefepime hcl</i>	8, 9
BONSITY.....	108	CABOMETYX.....	29	<i>cefepime-dextrose</i>	9
BOOSTRIX.....	103, 104	<i>calamine</i>	215, 217	<i>cefixime</i>	9
<i>bosentan</i>	115	CALCIDOL.....	227	<i>cefotaxime sodium</i>	9
BOSULIF	29	<i>calcipotriene</i>	75	<i>cefoxitin sodium</i>	9
<i>bpo foaming cloths</i>	220	<i>calcitonin (salmon)</i>	108	<i>cefoxitin sodium-dextrose</i>	9
BRAFTOVI.....	29	<i>calcitriol</i>	75, 108	<i>cefpodoxime proxetil</i>	9
BREO ELLIPTA	116	<i>calcium + d3</i>	177, 227	<i>cefprozil</i>	9
BREZTRI AEROSPHERE .. 116		<i>calcium + vitamin d3</i>	177, 227	<i>ceftazidime</i>	9
<i>briellyn</i>	87	<i>calcium acetate</i>	177	<i>ceftriaxone sodium</i>	9
BRILINTA	57	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	79	<i>ceftriaxone sodium-dextrose</i>	9
		<i>calcium antacid</i>	186, 191	<i>cefuroxime axetil</i>	9

<i>celecoxib</i>	1	<i>cimetidine</i>	81	<i>clotrimazole athletes foot</i>	216
<i>cephalexin</i>	10	CIMZIA.....	101	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	75
CEPROTIN	55	CIMZIA (1 SYRINGE).....	101	<i>clozapine</i>	42
CERDELGA.....	82	CIMZIA (2 SYRINGE).....	101	<i>co q-10</i>	200
CEROVITE JR.....	158, 222	CIMZIA-STARTER.....	101	COARTEM.....	35
CEROVITE SENIOR... 177, 222		<i>cinacalcet hcl</i>	108	COBENFY	69
CERTAVITE		CINRYZE.....	96	COBENFY STARTER PACK	
SENIOR/ANTIOXIDANT		<i>ciprofloxacin hcl</i>	12, 109	.....	69
.....	177, 222	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	12	<i>coenzyme q-10</i>	200
CERTAVITE/ANTIOXIDANT		<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>		COLACE	193
S.....	177, 222	.....	111	COLACE 2-IN-1	193
CETAPHIL.....	219	<i>citalopram hydrobromide</i>	19	COLACE CLEAR.....	193
CETAPHIL GENTLE		<i>citrus calcium/vitamin d</i> 177, 227		<i>colchicine</i>	23
CLEANSER	219	<i>cladribine (10 tabs)</i>	70	<i>colchicine-probenecid</i>	23
<i>cetirizine hcl</i>	111, 148, 210	<i>cladribine (4 tabs)</i>	70	<i>cold & allergy childrens</i>	143,
<i>cetirizine hcl allergy child</i> ...	148,	<i>cladribine (5 tabs)</i>	70	146, 153	
210		<i>cladribine (6 tabs)</i>	70	<i>colesevelam hcl</i>	65
<i>cetirizine hcl childrens</i> .	148, 210	<i>cladribine (7 tabs)</i>	70	<i>colestipol hcl</i>	65
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>		<i>cladribine (8 tabs)</i>	70	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	6
.....	148, 210	<i>cladribine (9 tabs)</i>	70	COMBIPATCH.....	88
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>		<i>claravis</i>	72	COMBIVENT RESPIMAT..	116
.....	148, 152	<i>clarithromycin</i>	12	COMETRIQ (100 MG DAILY	
<i>cevimeline hcl</i>	72	<i>clarithromycin er</i>	12	DOSE)	29
<i>charlotte 24 fe</i>	88	<i>classic prenatal</i>	158, 222, 225	COMETRIQ (140 MG DAILY	
<i>chateal eq</i>	88	CLEARLAX.....	193	DOSE)	29
CHENODAL.....	81	<i>clindamycin hcl</i>	6	COMETRIQ (60 MG DAILY	
<i>chest congestion relief</i>	205	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	6	DOSE)	29
<i>chest congestion relief dm</i> ...	202,	<i>clindamycin phos (once-daily)</i> 76		COMPETE	177, 222
205		<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>		<i>constulose</i>	79
<i>childrens acetaminophen</i>	162,	.....	76	COPIKTRA	30
166, 171		<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>		CORLANOR	62
<i>childrens ibuprofen</i>	166, 172,	.....	72	<i>corn & callus remover</i>	219
174		<i>clindamycin phosphate</i>	6, 76	CORTROPHIN.....	84
<i>childrens loratadine</i>	148, 210	<i>clindamycin phosphate in d5w</i> .	6	CORTROPHIN GEL.....	84
<i>childrens silapap</i> ..	162, 166, 171	<i>clindamycin phosphate in nacl</i> .	6	CORVITA	177, 222, 225
<i>chlorhexidine gluconate</i> 72, 151,		<i>clinisol sf</i>	78	COSENTYX.....	97, 98
182, 215, 220		<i>clobazam</i>	15	COSENTYX (300 MG DOSE)	
<i>chloroquine phosphate</i>	35	<i>clobetasol prop emollient base</i>		.....	97
<i>chlorpromazine hcl</i>	21	.....	73	COSENTYX SENSOREADY	
<i>chlorthalidone</i>	64	<i>clobetasol propionate</i>	73	(300 MG).....	97
<i>chlorzoxazone</i>	117	<i>clobetasol propionate e</i>	73	COSENTYX SENSOREADY	
<i>chocolated laxative</i>	193	<i>clomipramine hcl</i>	20	PEN.....	97
CHOLBAM.....	82	<i>clonazepam</i>	47	COSENTYX UNOREADY ..	98
<i>cholestyramine</i>	65	<i>clonidine</i>	58	COTELLIC.....	30
<i>cholestyramine light</i>	65	<i>clonidine hcl</i>	58	<i>cough dm</i>	202
CIBINQO	97	<i>clonidine hcl er</i>	67	<i>cough dm childrens</i>	202
<i>ciclopirox</i>	76	<i>clopidogrel bisulfate</i>	57	CREON.....	82
<i>ciclopirox olamine</i>	76	<i>clorazepate dipotassium</i>	47	CRESEMBA.....	22
<i>cilostazol</i>	57	<i>clotrimazole</i>	22, 216	<i>cromolyn sodium</i>	109, 114
CIMDUO.....	44	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	216	<i>cryselle</i>	88

<i>cryselle-28</i>	88	DERMACINRX RIBOTIN-E	177, 222	<i>diclofenac potassium</i>	1
CRYSVITA	98	DERMACINRX ZINTREXYL-	177, 223	<i>diclofenac sodium</i>	1, 110, 220, 221
CUVRIOR	78	C	177, 223	<i>diclofenac sodium er</i>	1
<i>cyanocobalamin</i>	159, 225	DESCOVY	44	<i>dicloxacillin sodium</i>	11
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	117	<i>desipramine hcl</i>	20	<i>dicyclomine hcl</i>	80, 81
<i>cyclophosphamide</i>	25	<i>desmopressin ace spray re</i> frig	85	DIFFERIN	201, 219, 221
<i>cyclosporine</i>	101, 109	<i>desmopressin acetate</i>	85	DIFFERIN CLEANSER	220
<i>cyclosporine modified</i>	101	<i>desmopressin acetate spray</i>	85	DIFICID	12
<i>cyproheptadine hcl</i>	112	<i>desonide</i>	73	<i>diflunisal</i>	1
<i>cyred eq</i>	88	<i>desoximetasone</i>	73, 74	<i>difluprednate</i>	110
CYSTAGON	82	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	19	<i>digoxin</i>	62
CYSTARAN	109	<i>dexamethasone</i>	84, 107	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	24
D		<i>dexamethasone intensol</i>	107	DILANTIN	16
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> ..	55	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>diltiazem hcl</i>	61
<i>daily moisturizer</i>	217	<i>phosphate</i>	107, 110	<i>diltiazem hcl er</i>	61
<i>daily multivitamin</i>	177, 222	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	67	<i>diltiazem hcl er beads</i>	61
<i>daily-vite</i>	222	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	67	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	61
<i>dalfampridine er</i>	70	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	67	<i>dilt-xr</i>	61
<i>danazol</i>	86	<i>dextroamphetamine sulfate er</i> ..	67	<i>dimethyl fumarate</i>	70
<i>dandruff shampoo</i>	215, 220	<i>dextromethorphan polistirex er</i> ..	202	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> ..	70
<i>dantrolene sodium</i>	42	<i>dextromethorphan-guaiifenesin</i> ..	202, 205	<i>diphenhydramine hcl</i> ...	141, 143, 155, 164, 169, 202, 208
DANZITEN.....	27	<i>dextrose</i>	78	<i>diphenhydramine hcl childrens</i> ..	141, 143, 155, 164, 169, 202, 207
<i>dapagliflozin propanediol</i>	48	<i>dextrose-sodium chloride</i>	78	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i> ..	214
<i>dapsone</i>	25	DHS SAL	219	<i>diphenoxylate-atropine</i>	80
DAPTACEL	104	DIACOMIT	13	<i>dipyridamole</i>	57
<i>daptomycin</i>	6, 7	DIALYVITE	223, 225, 227	<i>disopyramide phosphate</i>	59
<i>darifenacin hydrobromide er</i> ..	83	DIALYVITE 800 ..	223, 225, 227	<i>disulfiram</i>	4
<i>darunavir</i>	46	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	177, 223	<i>divalproex sodium</i>	14
<i>dasatinib</i>	30	DIALYVITE 800/ZINC	177, 223, 226, 227	<i>divalproex sodium er</i>	14
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	88	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	177, 223, 226, 227	<i>docosanol</i>	214
<i>dasetta 7/7/7</i>	88	DIALYVITE SUPREME D ..	177, 223, 226	<i>docusate calcium</i>	193
DAURISMO.....	30	DIALYVITE VITAMIN D 5000 ..	227	<i>docusate mini</i>	193
<i>daysee</i>	88	DIALYVITE VITAMIN D3 ..	227	<i>docusate sodium</i>	193
<i>deblitane</i>	93	DIALYVITE VITAMIN D3 ..	227	DOCUSOL KIDS	193
DECARA	227	DIALYVITE/ZINC	177, 223, 226, 227	DOCUSOL MINI	193
<i>deep sea nasal spray</i>	183, 209	<i>diaper rash</i>	215	DODEX	159, 226
<i>deferasirox</i>	78	DIATROL	178, 223	<i>dofetilide</i>	59
<i>deferasirox granules</i>	78	<i>diazepam</i>	15, 47	DOK	193
<i>deferiprone</i>	78	<i>diazepam intensol</i>	47	DOLOGESIC PAIN RELIEF ..	214
<i>deflazacort</i>	84	<i>diazoxide</i>	51	<i>donepezil hcl</i>	18
DELSTRIGO.....	45	<i>dibucaine</i>	213	DOPTelet	58
DEPO-PROVERA	88	<i>diclofenac epolamine</i>	1	DOPTelet SPRINKLE.....	58
DEPO-SUBQ PROVERA ..	104			<i>dorzolamide hcl</i>	111
.....	93				
DERMACINRX ATRIX ..					
ANTIBAC WASH	219				
DERMACINRX ATRIX ..					
CLARIFY TONER	219				
DERMACINRX MULTITAM ..	177, 222, 225				

<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> 109	ELIQUIS DVT/PE STARTER	ERVEBO .....104
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	PACK .....55	<i>ery</i> .....76
..... 109	ELMIRON.....84	ERYTHROCIN
<i>double antibiotic</i> ... 151, 181, 213	<i>eltrombopag olamine</i>.....56	LACTOBIONATE .....12
DOVATO .....45	<i>eluryng</i>.....88	<i>erythromycin</i>.....76, 110
<i>doxazosin mesylate</i>.....58	EMEND.....22	<i>erythromycin base</i> .....12
<i>doxepin hcl</i> 20, 74, 118	EMGALITY .....24	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...12
<i>doxercalciferol</i> 108	EMGALITY (300 MG DOSE)	ERZOFRI .....39
<i>doxy 100</i> 13	.....24	<i>escitalopram oxalate</i> .....19
<i>doxycycline hyclate</i> 13	EMSAM .....19	<i>eslicarbazepine acetate</i> .....17
<i>doxycycline monohydrate</i>.....13	<i>emtricitabine</i>.....44	<i>esomeprazole magnesium</i> .....81,
DRIMINATE 143, 191	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>.....44	197
DRISDOL.....228	<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i> ..45	ESTARYLLA.....88
DRIZALMA SPRINKLE.....69	EMTRIVA.....44	ESTER-C .....223
<i>dronabinol</i> 21	<i>emzahh</i>.....88	<i>estradiol</i> .....86
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> 88	<i>enalapril maleate</i>.....59	<i>estradiol valerate</i>.....87
DROXIA .....26	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> 62	<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..88
<i>droxidopa</i> 58	ENBREL .....101	<i>eszopiclone</i> .....118
DUAVEE .....93	ENBREL MINI .....101	<i>ethambutol hcl</i> .....25
<i>duloxetine hcl</i> .....69	ENBREL SURECLICK .....102	<i>ethosuximide</i> .....15
DUPIXENT.....116	<i>endocet</i>.....3	<i>etodolac</i> .....2
<i>duratuss dm</i> 143, 152, 202	<i>enema</i>.....193	<i>etodolac er</i> .....2
<i>dutasteride</i>.....84	<i>enema ready-to-use</i> .....193	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..88
E	ENEMEEZ MINI .....193	<i>etravirine</i> .....44
<i>ear drops</i> 181, 182	ENEMEEZ PLUS.184, 193, 214	EUCRISA .....74
<i>ear drops for swimmers</i>.....183	ENFLONSIA.....104	EULEXIN.....26
<i>earwax removal</i> 181, 182	ENGERIX-B .....104	<i>everolimus</i>.....30, 102
<i>earwax removal kit</i>.....182	ENILLORING.....88	EVOTAZ .....45
<i>econazole nitrate</i> .....22	<i>enoxaparin sodium</i> .....55	EVRYSDI.....69
ECONTRA ONE-STEP .....199	ENSACOVE.....30	<i>exemestane</i>.....29
ED A-HIST .. 143, 146, 153, 154	<i>enskyce</i>.....88	EXXUA .....18
<i>ed bron gp</i>.....154, 205	<i>entacapone</i>.....36	EXXUA TITRATION PACK 18
<i>ed chlorped jr</i> 143, 146, 208	<i>entecavir</i> .....43	<i>eye allergy itch relief</i> ...145, 180
<i>ed-a-hist dm</i> .. 143, 147, 154, 202	ENTRESTO.....62	<i>eye allergy itch/redness rel</i> ..145,
<i>ed-apap</i>.....162, 166, 171	ENTYVIO PEN.....98	180
EDURANT.....44	<i>enulose</i>.....79	<i>eye drops</i>.....184
EDURANT PED .....44	ENVARUSUS XR .....102	<i>eye itch relief</i> .....145, 180
<i>efavirenz</i> .....44	EPIDIOLEX .....14	<i>ezetimibe</i> .....65
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> 45	<i>epinephrine</i> .....113	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....65
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	<i>eplerenone</i> .....64	F
.....45	EPOGEN .....56	FABHALTA.....98
EGRIFTA SV .....85	<i>epsom salt</i> .....193	<i>falmina</i> .....88
EGRIFTA WR.....85	EQUETRO .....48	<i>famciclovir</i> .....43
ELDERTONIC.....178, 223, 226	<i>ergocalciferol</i> .....228	<i>famotidine</i> .....81, 145, 146, 197
ELIGARD .....94	<i>ergotamine-caffeine</i>.....24	<i>famotidine maximum strength</i>
<i>elinest</i> .....88	ERIVEDGE.....30	.....145, 197
ELIQUIS .....55	ERLEADA .....26	<i>famotidine orig st</i>.....146, 197
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....55	<i>erlotinib hcl</i> .....30	FANAPT.....39
ELIQUIS (2 MG PACK).....55	<i>errin</i>.....93	FANAPT TITRATION PACK
	<i>ertapenem sodium</i>.....11	A .....39

FANAPT TITRATION PACK	<i>fish oil high potency</i>	201	<i>ft all day allergy 24 hour</i>	148, 210
B	<i>flecainide acetate</i>	59	<i>ft all day allergy childrens</i> ...	149, 211
FANAPT TITRATION PACK	FLEET BISACODYL	194	<i>ft all day allergy relief</i> ..	149, 211
C	FLEET ENEMA	194	<i>ft all day allergy-d</i>	149, 153
FARXIGA	FLEET LIQUID GLYCERIN		<i>ft all day pain relief</i>	166, 172, 174, 200
FASENRA	SUPP	194	<i>ft allergy & congestion-d 12hr</i>	.....149, 153
FASENRA PEN	FLEET MINI ENEMA	194	<i>ft allergy childrens</i>	149, 211
<i>febuxostat</i>	FLEET PEDIATRIC	194	<i>ft allergy relief</i>	141, 143, 147, 149, 155, 164, 169, 202, 208, 211
<i>felbamate</i>	FLORANEX	188	<i>ft allergy relief 12 hour</i> .	149, 211
<i>felodipine er</i>	<i>fluconazole</i>	22	<i>ft allergy relief 24 hour</i> .	149, 211
<i>fenofibrate</i>	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>ft allergy relief 24 hr</i>	182, 198, 204, 209
64, 65	.....	22	<i>ft allergy relief cetirizine</i>	149, 211
<i>fenofibrate micronized</i>	<i>flucytosine</i>	22	<i>ft allergy relief childrens</i>	141, 143, 149, 155, 164, 169, 202, 208, 211
64	<i>fludrocortisone acetate</i>	84	<i>ft allergy relief loratadine</i> ...	149, 211
<i>fenofibric acid</i>	<i>flunisolide</i>	112	<i>ft allergy relief-d</i>	149, 153
65	<i>fluocinolone acetonide</i>	74	<i>ft antacid & antigas</i>	186, 190
<i>fentanyl</i>	<i>fluocinolone acetonide body</i> ...	74	<i>ft antacid extra strength</i>	186, 192
2, 3	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	74	<i>ft antacid regular strength</i> ...	186, 192
FERATE	<i>fluocinonide</i>	74	<i>ft antibiotic</i>	151, 181, 213
158	<i>fluocinonide emulsified base</i> ..	74	<i>ft anti-diarrheal</i>	188
FEROSUL	<i>fluorometholone</i>	110	<i>ft antifungal</i>	216, 222
158	<i>fluorouracil</i>	75	<i>ft anti-itch extra strength</i>	214
FERREX 28..	<i>fluoxetine hcl</i>	19	<i>ft arthritis pain</i>	220, 221
158, 200, 226, 227	<i>fluphenazine decanoate</i>	37	<i>ft aspirin</i>	159, 161, 166, 175
FERRIMIN 150.....	<i>fluphenazine hcl</i>	37	<i>ft aspirin low dose</i>	159, 160, 166, 175
158	<i>flurbiprofen</i>	2	<i>ft athletes foot (clotrimaz)</i>	216
FERROCITE	<i>flurbiprofen sodium</i>	110	<i>ft athletes foot (terbinafine)</i> .	151, 212
158	<i>fluticasone propionate</i>	74, 112	<i>ft clearlax</i>	194
<i>ferrous fumarate</i>	<i>fluticasone propionate diskus</i>		<i>ft docosanol</i>	214
158	.....	112	<i>ft double antibiotic</i>	151, 181, 213
<i>ferrous gluconate</i>	<i>fluticasone propionate hfa</i>	112	<i>ft earwax removal</i>	182
158	<i>fluticasone salmeterol</i>	116	<i>ft earwax removal kit</i>	182
<i>ferrous sulfate</i>	<i>fluvoxamine maleate</i>	20	<i>ft enteric coated aspirin</i>	159, 161, 166, 175
158	FOLBIC RF	226	<i>ft epsom salt</i>	194
<i>fesoterodine fumarate er</i>	<i>folic acid</i>	226	<i>ft eye allergy itch relief</i> .	146, 180
83	FOLIFLEX	178, 223		
FETZIMA	FOLITIN-Z.....	178, 223		
19	FOLTABS 800	226		
FETZIMA TITRATION	FOLTANX RF	201, 226		
19	<i>fondaparinux sodium</i>	55		
FEVERALL INFANTS.....	<i>formoterol fumarate</i>	113		
162, 166, 171	<i>fosamprenavir calcium</i>	46		
FEVERALL JUNIOR	<i>fosfomycin tromethamine</i>	7		
STRENGTH	<i>fosinopril sodium</i>	59		
162, 166, 171	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	63		
<i>fexofenadine hcl</i>	FOTIVDA	30		
148, 210	FRUZAQLA.....	30		
<i>fexofenadine-pseudoephed er</i>	<i>ft acid reducer</i>	197		
.....	<i>ft all day allergy</i>	148, 210		
148, 152, 153				
FIASP				
51				
FIASP FLEXTOUCH				
51				
FIASP PENFILL				
51				
<i>fiber</i>				
194				
<i>fiber laxative + calcium</i>				
193				
<i>fiber-lax</i>				
194				
<i>fidaxomicin</i>				
12				
FILSPARI.....				
84				
<i>finasteride</i>				
84				
<i>ingolimod hcl</i>				
70				
FINTEPLA				
14				
<i>finzala</i>				
88				
FIRDAPSE				
69				
FIRMAGON.....				
94				
FIRMAGON (240 MG DOSE)				
.....				
94				
<i>first aid antiseptic</i>				
215, 220				
<i>fish oil</i>				
201				

<i>ft eye drops</i>	184	FYLNETRA	57	<i>glycerin (adult)</i>	194
<i>ft fiber laxative</i>	194	G		<i>glycerin adult</i>	194
<i>ft gas relief</i>	190	<i>gabapentin</i>	15	<i>glycerin childrens</i>	194
<i>ft gas relief extra strength</i>	190	GALAFOLD	82	<i>glycerol phenylbutyrate</i>	82
<i>ft gas relief infants</i>	190	<i>galantamine hydrobromide</i>	18	GLYCOLAX	194
<i>ft gas relief ultra strength</i>	190	<i>galantamine hydrobromide er</i>	18	<i>glycopyrrolate</i>	81
<i>ft gentle laxative</i>	194	GAMMAGARD.....	96	GLYXAMBI.....	49
<i>ft itch relief max strength</i>	182, 198, 218	GAMMAGARD ERC	96	<i>gnp 24 hour nasal allergy</i>	182, 204, 209
<i>ft itch relief/aloë max str</i>	182, 198, 218	GAMMAGARD S/D LESS IGA	96	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	162, 166, 171
<i>ft laxative</i>	194	GAMMAKED	96	<i>gnp 8 hour pain relief</i> ..	162, 166, 171
<i>ft lice killing max st</i>	221	GAMMAPLEX	97	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	162, 166, 171
<i>ft magnesium citrate</i>	194	GAMUNEX-C.....	97	<i>gnp acetaminophen</i>	162, 166, 171
<i>ft miconazole 7</i>	216	GARDASIL 9.....	104	<i>gnp acid reducer</i>	146, 197
<i>ft migraine relief</i> ..	162, 171, 173, 175	<i>gas relief</i>	190	<i>gnp acid reducer max st</i>	146, 197
<i>ft milk of magnesia</i>	194	<i>gas relief extra strength</i>	190	<i>gnp adult aspirin low strength</i>	160, 161, 166, 175
<i>ft motion sickness</i>	143, 191	<i>gas relief infants</i>	190	<i>gnp all day allergy</i>	149, 211
<i>ft mucus relief 12hr</i>	205	<i>gas relief ultra strength</i>	190	<i>gnp all day allergy childrens</i>	149, 211
<i>ft mucus relief 12hr max str</i> ..	205	GATTEX.....	81	<i>gnp all day allergy relief</i>	149, 211
<i>ft naloxone hcl</i>	141, 173	<i>gauze</i>	51	<i>gnp all day allergy-d</i>	149, 153
<i>ft naproxen sodium</i>	166, 172, 174, 200	<i>gavilax</i>	194	<i>gnp allergy</i> ...142, 144, 155, 164, 169, 202, 208	
<i>ft nasal spray</i>	184	<i>gavilyte-c</i>	79	<i>gnp allergy & congestion</i>	149, 153
<i>ft nicotine</i>	156, 157	<i>gavilyte-g</i>	79	<i>gnp allergy relief</i> .142, 144, 147, 149, 155, 164, 169, 202, 208, 211	
<i>ft nicotine mini</i>	156, 157	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	80	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	149
<i>ft nighttime sleep aid</i> ...	141, 144, 155, 164, 169, 202, 208	GAVRETO	30	<i>gnp allergy relief max st</i>	142, 144, 155, 164, 169, 202, 208
<i>ft omeprazole</i>	197	<i>gefitinib</i>	30	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	149, 153
<i>ft pain reliever pm extra str</i> .	141, 144, 162, 169, 171	<i>gemfibrozil</i>	65	<i>gnp allergy-d allergy & conges</i>	149, 153
<i>ft senna laxative</i>	194	GEMTESA	83	<i>gnp antacid</i>	186, 192
<i>ft senna laxatives</i>	194	<i>generlac</i>	80	<i>gnp antacid & anti-gas</i> .186, 190	
<i>ft senna-s</i>	194	<i>gengraf</i>	102	<i>gnp antacid extra strength</i> ...186, 192, 194	
<i>ft sleep aid (doxylamine)</i>	141, 144, 169, 208	GENOTROPIN	85	<i>gnp antacid regular strength</i>	186, 190
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	142, 144, 155, 164, 169, 202, 208	GENOTROPIN MINIQUICK	85	<i>gnp antacid ultra strength</i> ...	186, 192
<i>ft stomach relief</i>	186, 188, 192	<i>gentamicin in saline</i>	6	<i>gnp anti-diarrheal</i>	188
<i>ft stool softener</i>	194	<i>gentamicin sulfate</i>	6, 76, 110		
<i>ft triple antibiotic</i> ..	151, 181, 213	GENTEAL TEARS NIGHT-			
<i>ft tussin adult</i>	205	TIME	183		
<i>ft tussin cf adult</i>	154, 202, 205	<i>gentle laxative</i>	194		
FULPHILA.....	57	GENVOYA	45		
<i>fulvestrant</i>	26	GILOTRIF	30		
<i>furosemide</i>	64	GLASSIA	82		
<i>fyavolv</i>	88	<i>glatiramer acetate</i>	70		
FYCOMPA.....	14	<i>glatopa</i>	70		
		<i>glimepiride</i>	48		
		<i>glipizide</i>	48		
		<i>glipizide er</i>	48		
		<i>glipizide-metformin hcl</i>	49		
		<i>glucagon emergency</i>	51		
		<i>glyburide</i>	49		
		<i>glyburide micronized</i>	49		
		<i>glyburide-metformin</i>	49		

gnp anti-diarrheal/anti-gas . 188, 190
gnp anti-gas 190
gnp anti-itch 214
gnp anti-nausea relief..... 189
gnp antiseptic skin cleanser 151, 182, 215, 220
gnp aspirin.... 160, 161, 166, 175
gnp aspirin low dose ... 160, 161, 166, 175
gnp athletes foot 216
gnp bacitracin zinc 151, 181, 213
gnp budesonide nasal spray 182, 204, 209
gnp cal mag zinc +d3 178
gnp calamine 215, 217
gnp calcium 178
gnp calcium citrate +d3 178, 228
gnp callus removers 219
gnp childrens allergy... 142, 144, 155, 164, 169, 203, 208
gnp childrens ibuprofen 166, 172, 174
GNP CLEARLAX..... 194
gnp clotrimazole 3 216
gnp corn removers..... 219
gnp cough dm er 203
gnp diclofenac sodium..... 221
gnp docosanol 214
gnp earwax removal drops... 182
gnp earwax removal kit 182
gnp epsom salt 194
gnp essential one daily 223
gnp eye drops 185
gnp fexofenadine/pse er 149, 153
gnp fiber 194
gnp fiber-caps 194
gnp fluticasone propionate.. 182, 198, 204, 209
gnp gas relief..... 190
gnp gas relief extra strength. 190
gnp gentle laxative 195
gnp glycerin child..... 195
gnp headache relief extra str 162, 171, 173, 176
gnp healthy eyes 178, 223
gnp hemorrhoidal 154, 217, 218, 219
gnp hydrocortisone..... 183, 198, 218
gnp hydrocortisone max st .. 183, 198, 218
gnp hydrocortisone plus 183, 198, 218
gnp hydrocortisone/aloe..... 183, 198, 217, 218
gnp ibuprofen 166, 172, 174
gnp ibuprofen childrens..... 166, 172, 174
gnp ibuprofen infants... 166, 172, 174
gnp infant gas relief..... 190
gnp infants pain/fever.. 162, 166, 171
gnp iron 158
gnp itch relief spray..... 214
gnp lansoprazole 197
gnp lice treatment..... 221
gnp lidocaine pain relieving. 214
gnp little ones childrens 223, 226, 227
gnp loperamide hcl..... 188
gnp loratadine 149, 211
gnp loratadine childrens 149, 211
gnp magnesium citrate 195
gnp mega multi for men 178, 223
gnp mega multi for women .. 178, 223
gnp miconazole 1 216
gnp miconazole 3 216
gnp miconazole 7 216
gnp miconazoleb af 216
gnp migraine relief..... 162, 171, 174, 176
gnp milk of magnesia..... 195
gnp motion sickness relief... 144, 191
gnp mucus er 205
gnp mucus relief 205
gnp naloxone hcl 141, 173
gnp naproxen sodium .. 167, 172, 173, 174, 200
gnp nasal decongestant 153, 201
gnp nasal four spray.... 154, 184, 185
gnp nasal spray 185
gnp nasal spray extra moist.. 185
gnp nasal spray fast acting.. 154, 184, 185
gnp nausea relief 189
gnp nicotine 156, 157
gnp nicotine mini 156, 157
gnp nicotine polacrilex. 156, 157
gnp nighttime relief lub eye .. 183
gnp nighttime sleep-aid max st . 142, 144, 155, 164, 169, 203, 208
gnp no drip nasal spray 185
gnp olopatadine hcl 146, 180
gnp omeprazole 197
gnp one daily mens health 50+ 178, 223
gnp one daily mens/lycopene 178, 223
gnp one daily womens .. 178, 223
gnp one daily womens 50+.. 178, 223
gnp pain & fever childrens .. 162, 167, 171
gnp pain & fever infants 162, 167, 171
gnp pain relief..... 162, 167, 171
gnp pain relief es night time 142, 144, 162, 169, 171
gnp pain relief extra strength 162, 167, 171
gnp pain relief pm ex st 142, 144, 163, 169, 171
gnp pink bismuth... 186, 188, 192
gnp pink bismuth ultra str.... 186, 188, 192
gnp povidone-iodine 215, 220
gnp prenatal..... 159, 223, 226
gnp senna lax 195
gnp senna plus 195
gnp sleep aid 142, 144, 155, 164, 169, 203, 208
gnp sleep aid nighttime 142, 144, 155, 164, 169, 203, 208
gnp sore throat spray..... 184
gnp stomach relief 186, 188, 192
gnp stool softener 195
gnp stool softener/laxative.... 195
gnp terbinafine hydrochloride 151, 212
gnp tolnaftate 222

gnp triple antibiotic 151, 181, 213
gnp triple antibiotic plus 152, 181, 213, 214
gnp tussin cf cough & cold.. 154, 203, 205
gnp tussin dm cough..... 203, 205
gnp tussin dm max 203, 205
gnp tussin mucus & chest cong 205
gnp wart remover 219
gnp womens gentle laxative.. 195
gnp zinc oxide..... 215
GOCOVRI..... 36
GOMEKLI 27
goodsense 24-hr allergy nasal 183, 198, 205, 209
goodsense all day allergy.... 150, 211
goodsense all day allergy-d. 150, 153
goodsense aller-ease 150, 211
*goodsense allergy relief*150, 211
goodsense allergy relief child 150, 211
goodsense anti-diarr/ant-gas 188, 190
goodsense anti-diarrheal..... 188
goodsense anti-itch max str. 183, 198, 218
goodsense anti-itch maximum st 183, 198, 218
goodsense arthritis pain 163, 167, 171, 221
goodsense aspirin 160, 161, 167, 176
goodsense aspirin adults 160, 161, 167, 176
goodsense aspirin low dose. 160, 161, 167, 176
GOODSENSE CLEARLAX 195
goodsense cough dm..... 203
goodsense cough dm childrens 203
goodsense first aid antibiotic 152, 181, 213
goodsense hemorrhoidal 154, 201, 217, 218, 219
goodsense ibuprofen.... 167, 173, 174
goodsense ibuprofen childrens 167, 173, 174
goodsense ibuprofen infants 167, 173, 174
goodsense lansoprazole..... 197
goodsense lice killing 221
*goodsense migraine formula*163, 171, 174, 176
goodsense mucus er..... 206
goodsense mucus er maximum str..... 206
goodsense naproxen sodium 167, 173, 174, 200
goodsense nasal allergy spray 183, 205, 209
goodsense nausea relief..... 189
goodsense nicotine 156, 157
goodsense nicotine polacrifex 156, 157
goodsense omepr/sod bicarb. 186, 198
goodsense pain & fever child 163, 167, 171
goodsense pain & fever infants 163, 167, 171
goodsense pain relief... 163, 167, 171
goodsense pain relief extra st 163, 167, 171
goodsense pain relief pm ex st 142, 144, 163, 169, 172
goodsense sleeptime 142, 144, 155, 164, 170, 203, 208
goodsense tussin cf..... 154, 203, 206
goodsense tussin dm max 203, 206
granisetron hcl 22
griseofulvin microsize..... 22
guaifenesin..... 206
guaifenesin ac..... 203, 206
guaifenesin er 206
guaifenesin-codeine..... 203, 206
guaifenesin-dm 203, 206
guanfacine hcl 58
guanfacine hcl er 67
H
HAEGARDA..... 96
hailey 1.5/30 88
hailey 24 fe 88
hailey fe 1.5/30 89
hailey fe 1/20 89
hair regrowth treatment men 218, 221
halobetasol propionate 74
haloette 89
haloperidol 37
haloperidol decanoate 37
haloperidol lactate..... 37
HAVRIX..... 104
headache formula 163, 172, 174, 176
headache relief 163, 172, 174, 176
HEALTHYLAX 195
heartburn relief..... 146, 197
heartburn relief max st . 146, 197
heather 89
hemorrhoidal 154, 201, 214, 217, 218, 219
heparin sodium (porcine) 55
heparin sodium (porcine) pf... 56
HEPLISAV-B..... 104
HERNEXEOS 30
HETLIOZ LQ..... 118
HIBERIX..... 104
hm 24 hour nasal allergy..... 183, 205, 209
hm adult aspirin... 160, 161, 167, 176
hm all day allergy childrens 150, 211
hm allergy relief .. 183, 198, 205, 209
hm allergy relief (cetirizine) 150, 211
hm antacid extra strength.... 186, 192
hm anti-diarrheal..... 188
hm arthritis pain relief. 163, 167, 172
hm aspirin ec 160, 161, 167, 176
hm cetirizine hcl 150, 211
HM CLEARLAX 195
hm cough dm..... 203
hm enema..... 195
hm fexofenadine hcl..... 150, 211, 212
hm ibuprofen childrens 167, 173, 174

<i>hm loratadine</i>	150, 212	<i>hydroxyurea</i>	26	INQOVI.....	27
<i>hm migraine relief</i>	163, 172, 174, 176	<i>hydroxyzine hcl</i>	112	INREBIC	31
<i>hm milk of magnesia</i>	195	<i>hydroxyzine pamoate</i>	47	INSTALAX	195
<i>hm nicotine</i>	156, 157	HYFTOR.....	74	<i>insulin asp prot & asp flexpen</i>	52
<i>hm nicotine polacrilex</i> ..	156, 157	HYRNUO	30	<i>insulin aspart</i>	52
<i>hm pain & fever childrens</i> ...	163, 167, 172	I		<i>insulin aspart flexpen</i>	52
<i>hm stomach relief</i>	187, 188, 192	<i>ibandronate sodium</i>	108	<i>insulin aspart prot & aspart</i> ...	52
<i>hm stomach relief ultra</i>	187, 188, 192	IBRANCE	30	<i>insulin lispro</i>	52
<i>hm stool softener</i>	195	IBTROZI	30	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	52
<i>hm stool softener/laxative</i>	195	<i>ibu</i>	2	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> ..	52
HUMALOG	51	<i>ibuprofen</i> ..2, 167, 173, 174, 175		<i>insulin lispro prot & lispro</i>	52
HUMALOG JUNIOR		<i>ibuprofen childrens</i>	167, 173, 174	<i>insulin syringe</i>	52
KWIKPEN	51	<i>ibuprofen infants</i> ...167, 173, 174		INSULIN SYRINGE.....	53
HUMALOG KWIKPEN	51	<i>ibuprofen junior strength</i>	167, 173, 174	INTELENCE	44
HUMALOG MIX 50/50		ICAPS.....	178, 223	INTRALIPID.....	78
KWIKPEN	51	ICAPS AREDS FORMULA		INTROVALE	89
HUMALOG MIX 75/25.....	51	.....	178, 223	INVEGA HAFYERA.....	39
HUMALOG MIX 75/25		ICAPS LUTEIN & OMEGA-3		INVEGA SUSTENNA.....	39, 40
KWIKPEN	51	.....	178, 223	INVEGA TRINZA	40
HUMULIN 70/30.....	52	ICAPS MV	178, 223	IPOL	104
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	51	<i>icatibant acetate</i>	96	<i>ipratropium bromide</i>	113
HUMULIN N	52	<i>iclevia</i>	89	<i>ipratropium-albuterol</i>	116
HUMULIN N KWIKPEN.....	52	ICLUSIG	30	<i>irbesartan</i>	58
HUMULIN R	52	<i>icosapent ethyl</i>	65	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	
HUMULIN R U-500		IDHIFA	27	.....	63
(CONCENTRATED).....	52	ILARIS	98	<i>iron (ferrous sulfate)</i>	159
HUMULIN R U-500		ILUMYA.....	98	<i>iron chews pediatric</i>	159
KWIKPEN	52	<i>imatinib mesylate</i>	30	ISENTRESS	43
<i>hydralazine hcl</i>	66	IMBRUVICA	30, 31	ISENTRESS HD	43
<i>hydrochlorothiazide</i>	64	<i>imipenem-cilastatin</i>	11	ISIBLOOM.....	89
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	3	<i>imipramine hcl</i>	20	ISOLYTE-P IN D5W	78
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	3	<i>imipramine pamoate</i>	21	ISOLYTE-S PH 7.4.....	77
<i>hydrocortisone</i>	74, 84, 107, 183, 198, 217, 218	<i>imiquimod</i>	75	<i>isoniazid</i>	25
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	74	IMKELDI	31	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> ..	66
<i>hydrocortisone butyrate</i>	74	IMOVAX RABIES	104	<i>isosorbide dinitrate</i>	66
<i>hydrocortisone max st</i> ..	183, 198, 218	IMPAVIDO	35	<i>isosorbide mononitrate</i>	66
<i>hydrocortisone max st/12 moist</i>		IMULDOSA	98	<i>isosorbide mononitrate er</i>	66
.....	183, 198, 218	<i>incassia</i>	93	<i>isotretinoin</i>	72
<i>hydrocortisone valerate</i>	74	INCRELEX	85	<i>isradipine</i>	61
<i>hydrocortisone/aloe max str</i>	183, 198, 217, 218	INCRUSE ELLIPTA.....	113	<i>itch relief extra strength</i>	214
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	111	<i>indapamide</i>	64	ITOVEBI	31
<i>hydromorphone hcl</i>	3	<i>indomethacin</i>	2	<i>itraconazole</i>	22
<i>hydromorphone hcl pf</i>	3	<i>indomethacin er</i>	2	<i>ivabradine hcl</i>	63
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	35	INFANRIX.....	104	<i>ivermectin</i>	35, 221
		<i>infants ibuprofen</i> ...167, 173, 175		<i>i-vite</i>	178, 223
		INGREZZA	69	IWILFIN.....	27
		INLURIYO.....	27	IXIARO	104
		INLYTA	31	J	
				JAIMIESS.....	89
				JAKAFI	31

<i>jantoven</i>	56	<i>klor-con m20</i>	77	LENVIMA (20 MG DAILY	
JANUMET	49	KLOXXADO	5	DOSE)	31
JANUMET XR.....	49	<i>kls acid controller max st</i>	146,	LENVIMA (24 MG DAILY	
JANUVIA.....	49	197		DOSE)	31
JARDIANCE.....	49	KLS ALLERCLEAR ...	150, 212	LENVIMA (4 MG DAILY	
<i>jasmiel</i>	89	KLS ALLER-TEC.....	150, 212	DOSE)	31
JAYPIRCA.....	31	KOMZIFTI.....	27	LENVIMA (8 MG DAILY	
<i>jencycla</i>	89	KOSELUGO	31	DOSE)	32
JENTADUETO	49	K-PHOS-NEUTRAL.....	178	LEQEMBI IQLIK	69
JENTADUETO XR.....	49	KRAZATI	27	LEQSELVI.....	98
<i>jinteli</i>	89	<i>kurvelo</i>	89	<i>lessina</i>	89
<i>jolessa</i>	89	KYLEENA	89	<i>letrozole</i>	29
JUBBONTI.....	108	L		<i>leucovorin calcium</i>	35
<i>juleber</i>	89	<i>labetalol hcl</i>	60	LEUKERAN.....	25
JULUCA.....	45	LAC-HYDRIN FIVE	217	LEUKINE.....	57
<i>junel 1.5/30</i>	89	<i>lacosamide</i>	17	<i>leuprolide acetate</i>	95
<i>junel 1/20</i>	89	<i>lactobacillus probiotic</i>	188	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	95
<i>junel fe 1.5/30</i>	89	<i>lactulose</i>	80	<i>levabuterol hcl</i>	113
<i>junel fe 1/20</i>	89	<i>lactulose encephalopathy</i>	80	<i>levetiracetam</i>	14
<i>junel fe 24</i>	89	<i>lamivudine</i>	43	<i>levetiracetam er</i>	14
JUXTAPID.....	65	<i>lamivudine-zidovudine</i>	44	<i>levobunolol hcl</i>	110
JYLAMVO.....	27	<i>lamotrigine</i>	14	<i>levocarnitine</i>	78
JYNNEOS	104	<i>lamotrigine er</i>	14	<i>levocarnitine sf</i>	78
K		<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	14	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	
KALETRA	46	<i>lansoprazole</i>	81	.....	112
<i>kalliga</i>	89	<i>lanthanum carbonate</i>	79	<i>levofloxacin</i>	12
KALYDECO.....	114	LANTUS	53	<i>levofloxacin in d5w</i>	12
<i>kariva</i>	89	LANTUS SOLOSTAR.....	53	<i>levonest</i>	89
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	77	<i>lapatinib ditosylate</i>	31	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	89
<i>kelnor 1/35</i>	89	<i>larin 1.5/30</i>	89	<i>levonorgestrel</i>	199
KERENDIA	63	<i>larin 1/20</i>	89	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	90
KESIMPTA	70	<i>larin 24 fe</i>	89	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .	90
<i>ketoconazole</i>	22, 23	<i>larin fe 1.5/30</i>	89	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	90
<i>ketorolac tromethamine</i>	2, 110	<i>larin fe 1/20</i>	89	LEVO-T.....	94
<i>ketotifen fumarate</i>	146, 180	<i>latanoprost</i>	111	<i>levothyroxine sodium</i>	94
KEVZARA.....	98	<i>laxative max str</i>	195	LEVOXYL	94
KINERET.....	98	<i>laxative regular strength</i>	195	<i>l-glutamine</i>	82
KINRIX.....	104	LAZCLUZE	27	<i>lice killing</i>	221
KISQALI (200 MG DOSE) ...	31	LEDERLE LEUCOVORIN ...	35	<i>lice killing maximum strength</i>	
KISQALI (400 MG DOSE) ...	31	<i>leflunomide</i>	102	.....	221
KISQALI (600 MG DOSE) ...	31	<i>lenalidomide</i>	26	<i>lice killing shampoo max str</i> ..	221
KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (10 MG DAILY		LIDAFLEX.....	214
DOSE)	27	DOSE)	31	<i>lidocaine</i>	4, 214
KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (12 MG DAILY		<i>lidocaine hcl</i>	4, 214
DOSE)	27	DOSE)	31	<i>lidocaine pain relief max st</i> ..	214
<i>klayesta</i>	23	LENVIMA (14 MG DAILY		<i>lidocaine viscous hcl</i>	4
KLOR-CON	77	DOSE)	31	<i>lidocaine-prilocaine</i>	4
KLOR-CON 10	77	LENVIMA (18 MG DAILY		LILETTA (52 MG).....	90
<i>klor-con m10</i>	77	DOSE)	31	<i>linezolid</i>	7
<i>klor-con m15</i>	77			<i>linezolid in sodium chloride</i>	7

<i>lintera wash</i>	220	LUPKYNIS	102	MAYZENT.....	71
LINZESS.....	80	LUPRON DEPOT (1-MONTH)		MAYZENT STARTER PACK	
<i>liothyronine sodium</i>	94	.....	95	.....	71
<i>liquid acetaminophen</i> ..	163, 168,	LUPRON DEPOT (3-MONTH)		<i>m-dryl</i> ..	142, 144, 155, 164, 170,
172		.....	95	203, 208	
<i>liquid allergy relief</i>	142, 144,	LUPRON DEPOT (4-MONTH)		<i>meclizine hcl</i>	21, 144, 191
155, 164, 170, 203, 208		.....	95	<i>meclofenamate sodium</i>	2
<i>liraglutide</i>	49	LUPRON DEPOT (6-MONTH)		<i>medicated callus removers</i> ...	219
<i>lisinopril</i>	59	.....	95	<i>medicated corn removers</i>	219
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	63	<i>lurasidone hcl</i>	40	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	93
LITFULO	98	<i>lutera</i>	90	<i>mefloquine hcl</i>	35
<i>lithium</i>	48	LUTRATE DEPOT	95	<i>megestrol acetate</i>	93
<i>lithium carbonate</i>	48	LYBALVI	40	MEKINIST	32
<i>lithium carbonate er</i>	48	<i>lyleq</i>	90	MEKTOVI.....	32
LIVMARLI	81	LYNPARZA.....	32	<i>melatonin</i>	201
LIVTENCITY	42	LYSODREN.....	27	MELEYA	93
<i>l-methylfolate forte</i>	201	LYTGOBI (12 MG DAILY		<i>meloxicam</i>	2
LODOCO	63	DOSE)	32	<i>memantine hcl</i>	18
<i>lofexidine hcl</i>	5	LYTGOBI (16 MG DAILY		<i>memantine hcl er</i>	18
LOHIST-D	144, 147, 153	DOSE)	32	<i>memantine hcl-donepezil hcl er</i>	
LOJAIMIESS	90	LYTGOBI (20 MG DAILY		.....	17
LOKELMA	79	DOSE)	32	<i>m-end dmx</i>	144, 147, 153, 203
<i>lomustine</i>	25	<i>lyza</i>	93	MENQUADFI	104
LONSURF.....	27	M		MENVEO	104, 105
<i>loperamide hcl</i>	80, 188	<i>mag-al plus</i>	187, 190	<i>mercaptopurine</i>	27
<i>loperamide-simethicone</i>	188, 190	<i>mag-al plus xs</i>	187, 190	<i>meropenem</i>	11
<i>lopinavir-ritonavir</i>	46	MAGNEBIND 400.....	178	<i>meropenem-sodium chloride</i> ..	11
<i>loratadine</i>	150, 212	<i>magnesium citrate</i>	195	<i>mesalamine</i>	107
<i>loratadine childrens</i>	150, 212	<i>magnesium lactate</i>	178	<i>mesalamine er</i>	107
<i>loratadine-d 12hr</i>	150, 153	<i>magnesium oxide</i>	187, 192	<i>mesna</i>	35
<i>loratadine-d 24hr</i>	150, 153	<i>magnesium oxide -mg</i>		METAFOLBIC PLUS.....	177, 201,
<i>lorazepam</i>	48	<i>supplement</i>	178, 187, 192	226	
<i>lorazepam intensol</i>	48	<i>magnesium sulfate</i>	77	<i>metaxalone</i>	117
LORBRENA	32	<i>magnesium-aluminum-</i>		<i>metformin hcl</i>	49
LORYNA	90	<i>simethicone</i>	187, 190	<i>metformin hcl er</i>	49
<i>losartan potassium</i>	58	MAGNESIUM-OXIDE.....	178	<i>methadone hcl</i>	3
<i>losartan potassium-hetz</i>	63	<i>malathion</i>	76	<i>methazolamide</i>	111
<i>lovastatin</i>	65	<i>mapap</i>	163, 168, 172	<i>methenamine hippurate</i>	7
<i>low-ogestrel</i>	90	<i>maraviroc</i>	45	<i>methimazole</i>	96
<i>loxapine succinate</i>	38	<i>marlissa</i>	90	<i>methocarbamol</i>	117
<i>lo-zumandimine</i>	90	MARPLAN	19	<i>methotrexate sodium</i>	102
<i>lubiprostone</i>	80	MATULANE.....	25	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	102
<i>lubricant eye drops</i>	183	MAVENCLAD (10 TABS)....	70	<i>methoxsalen rapid</i>	75
<i>lubricant eye nighttime</i>	183	MAVENCLAD (4 TABS).....	71	<i>methsuximide</i>	15
<i>lubrifresh p.m.</i>	184	MAVENCLAD (5 TABS).....	71	<i>methylphenidate hcl</i>	68
LUBRISOFT	217	MAVENCLAD (6 TABS).....	71	<i>methylphenidate hcl er</i>	68
LUIZZA 1.5/30	90	MAVENCLAD (7 TABS).....	71	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	67
LUIZZA 1/20	90	MAVENCLAD (8 TABS).....	71	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	68
LUMAKRAS	27	MAVENCLAD (9 TABS).....	71	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> ..	68
LUMIGAN.....	111	MAVYRET	43	<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	68

<i>methylprednisolone</i>	85	<i>mirtazapine</i>	18, 19	N
<i>methylprednisolone acetate</i> ..	107	<i>misoprostol</i>	81	<i>nabumetone</i>
<i>methyltestosterone</i>	86	M-M-R II	105	<i>nadolol</i>
<i>metoclopramide hcl</i>	21	<i>modafinil</i>	118	<i>nafcillin sodium</i>
<i>metolazone</i>	64	MODEYSO	27	<i>nafcillin sodium in dextrose</i> ..
<i>metoprolol succinate er</i>	60	<i>moexipril hcl</i>	59	<i>nalbuphine hcl</i>
<i>metoprolol tartrate</i>	60	<i>molindone hcl</i>	38	<i>naloxone hcl</i>
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	63	<i>mometasone furoate</i> .74, 75, 112		<i>naltrexone hcl</i>
<i>metronidazole</i>	7, 76	<i>mono-lynyah</i>	90	NAMZARIC
<i>metyrosine</i>	63	<i>montelukast sodium</i>	116, 117	NAPHCAN-A
<i>mexiletine hcl</i>	59	<i>morphine sulfate</i>	4	<i>naproxen</i>
<i>mibelas 24 fe</i>	90	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> 4		<i>naproxen dr</i>
<i>micafungin sodium</i>	23	<i>morphine sulfate er</i>	3	<i>naproxen sodium</i> ....2, 168, 173, 175, 200
<i>micafungin sodium-nacl</i>	23	<i>motion sickness relief</i> ..144, 191		<i>naratriptan hcl</i>
MICOMITIN	222	<i>motion-time</i>	144, 191	NARCAN
<i>miconazole 3 combo pack</i>	216	MOVANTIK	80	<i>nasal allergy 24 hour</i> ..183, 205, 209
<i>miconazole 3 combo-supp</i>	216	<i>moxifloxacin hcl</i>	12, 13, 110	<i>nasal decongestant</i>
<i>miconazole 7</i>	216	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	12	<i>nasal decongestant spray</i>
<i>miconazole nitrate</i>	216	<i>m-pap</i>	163, 168, 172	<i>nasal four</i>
MICOTRIN AC	216	MRESVIA	105	<i>nasal moisturizing spray</i>
MICOTRIN AL	222	MUCOLYTE	206	209
MICOTRIN AP	216	MUCOLYTE-DM	203, 206	<i>nasal spray 12 hour</i>
MICROFLOR 33	188	<i>mucus & chest congestion</i> ...	206	<i>nasal spray extra moisturizing</i>
MICROGESTIN 1.5/30	90	<i>mucus relief</i>	206	.....185
<i>microgestin 1/20</i>	90	<i>mucus relief cough childrens</i>	203, 206	<i>nasal spray no drip</i>
MICROGESTIN FE 1.5/30	90	<i>mucus relief d</i>	153, 206	.....185
MICROGESTIN FE 1/20	90	<i>mucus relief dm</i>	203, 206	NATACYN
<i>midazolam</i>	15	<i>mucus relief dm max</i>	203, 206	<i>nateglinide</i>
<i>midodrine hcl</i>	58	<i>mucus relief max st</i>	206	<i>nausea relief</i>
<i>mifepristone</i>	51	MULTAQ	59	NAYZILAM
<i>miglustat</i>	82	<i>multiple vitamins-minerals</i> ..178, 223		<i>nebivolol hcl</i>
<i>migraine relief</i>	163, 172, 174, 176	MULTITOL-M	178, 223	NECON 0.5/35 (28)
<i>mili</i>	90	<i>multi-vit/iron/fluoride</i> ..159, 200, 224		<i>nefazodone hcl</i>
<i>milk of magnesia</i>	195	<i>multivitamin/fluoride</i> ...176, 200, 224		<i>neomycin sulfate</i>
<i>milk of magnesia concentrate</i>	195	<i>mupirocin</i>	76	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>
<i>mimvey</i>	90	MURO 128	184	.....109
<i>mineral oil-hydrophil petrolat</i>	217	MY CHOICE	199	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>
MINERIN	217	MY WAY	199	.....111
MINERIN CREME	217	<i>mycophenolate mofetil</i>	102	NEHPLEX RX ..178, 224, 226, 227
<i>minocycline hcl</i>	13	<i>mycophenolate sodium</i>	102	NEPHRON FA ....159, 195, 226, 227
<i>minoxidil</i>	66	MYCOZYL AC	216	NEPHRO-VITE
<i>minoxidil for men</i>	218, 221	MYCOZYL AL	222	.....224, 226, 227
<i>mintox maximum strength</i> ...	187, 190	MYCOZYL AP	216	NERLYNX
MINTOX PLUS	187, 190	MYFEMBREE	95	.....32
MIRENA (52 MG)	90	MYRBETRIQ	83	NEULASTA

<i>nevirapine er</i>	44	<i>nortrel 7/7/7</i>	91	OCUVITE ADULT FORMULA	
NEW DAY	199	<i>nortriptyline hcl</i>	21	.....	179, 224
NEXLETOL.....	63	NORVIR.....	46	OCUVITE EXTRA	179, 224
NEXLIZET.....	63	NOVOLIN 70/30.....	53	OCUVITE EYE + MULTI..	179,
NEXPLANON	90	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN .	53	224	
NGENLA	85	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN		OCUVITE EYE HEALTH	
<i>niacin er</i>	226	RELION	53	FORMULA.....	179, 224
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	65	NOVOLIN 70/30 RELION ...	53	OCUVITE-LUTEIN.....	179, 224
NICADAN	178, 224	NOVOLIN N.....	53	ODEFSEY	45
<i>nicotine</i>	157, 158	NOVOLIN N FLEXPEN	53	ODOMZO.....	32
<i>nicotine mini</i>	156, 157	NOVOLIN N FLEXPEN		OFEV.....	115
<i>nicotine polacrilex</i>	156, 157, 158	RELION	53	<i>ofloxacin</i>	13, 110, 111
<i>nicotine polacrilex mini</i>	156, 157	NOVOLIN N RELION	53	OGSIVEO.....	32
<i>nicotine step 1</i>	156, 158	NOVOLIN R.....	53	OJEMDA.....	32
<i>nicotine step 2</i>	157, 158	NOVOLIN R FLEXPEN.....	53	OJJAARA.....	28
<i>nicotine step 3</i>	157, 158	NOVOLIN R FLEXPEN		<i>olanzapine</i>	40
NICOTROL NS.....	5	RELION	53	<i>olmesartan medoxomil</i>	58
<i>nifedipine</i>	61	NOVOLIN R RELION	53	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	63
<i>nifedipine er</i>	61	NOVOLOG	54	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...	63
<i>nifedipine er osmotic release</i> ..	61	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		<i>olopatadine hcl</i>	146, 181
<i>nighttime sleep aid</i>	142, 144,	RELION	53	<i>olopatadine hcl extra strength</i>	
155, 164, 170, 203, 208		NOVOLOG FLEXPEN.....	54	.....	146, 180
<i>nikki</i>	91	NOVOLOG FLEXPEN		<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	66
<i>nilotinib d-tartrate</i>	32	RELION	53	<i>omeprazole</i>	81, 198
<i>nilotinib hcl</i>	32	NOVOLOG MIX 70/30	54	<i>omeprazole magnesium</i>	198
<i>nilutamide</i>	26	NOVOLOG MIX 70/30		OMNIPOD 5 DEXG7G6	
<i>nimodipine</i>	61	FLEXPEN	54	INTRO GEN 5.....	54
NINLARO.....	28	NOVOLOG MIX 70/30		OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	
<i>nitazoxanide</i>	35	RELION	54	GEN 5.....	54
<i>nitisinone</i>	82	NOVOLOG PENFILL	54	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN	
NITRO-BID	66	NOVOLOG RELION.....	54	5).....	54
NITRO-DUR.....	66	NUBEQA	26	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	7	NUCALA	117	5).....	54
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	7	NUEDEXTA	69	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6	
<i>nitroglycerin</i>	66	NUPLAZID.....	40	INTRO GEN5.....	54
<i>nohist-dm</i>	144, 147, 154, 204	NURTEC.....	24	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS	
<i>nohist-lq</i>	144, 147, 154	NUTRIFAC ZX.....	178, 224	G6 PODS.....	54
<i>nora-be</i>	93	NUTRILIPID.....	78	OMNIPOD DASH INTRO	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	91	<i>nyamyc</i>	23	(GEN 4)	54
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	91	<i>nylia 1/35</i>	91	OMNIPOD DASH PDM (GEN	
<i>norethindrone</i>	93	<i>nylia 7/7/7</i>	91	4).....	54
<i>norethindrone acetate</i>	93	<i>nystatin</i>	23	OMNIPOD DASH PODS (GEN	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	91	<i>nystatin-triamcinolone</i>	75	4).....	54
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	91	<i>nystop</i>	23	OMNIPOD GO.....	54
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	91	O		OMNITROPE.....	85, 86
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	91	OCREVUS	71	ONCOVITE.....	179, 224
NORPACE CR.....	60	OCTAGAM.....	97	<i>ondansetron</i>	22
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	91	<i>octreotide acetate</i>	95	<i>ondansetron hcl</i>	22
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	91	OCUVITE ADULT 50+.....	179,	<i>one-daily multi caps</i>	179, 224
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	91	224		ONGENTYS.....	36

ONUREG	27	<i>paliperidone er</i>	40	<i>phenytoin sodium extended</i>	17
OPCICON ONE-STEP	199	PANRETIN	34	<i>philith</i>	91
OPILL.....	199	<i>pantoprazole sodium</i>	81	PHOSPHA 250 NEUTRAL .	179
OPIPZA.....	40	<i>paricalcitol</i>	108	PHOSPHO-TRIN 250	
OPSUMIT	115	<i>paroxetine hcl</i>	20	NEUTRAL	179
OPTION 2	199, 200	<i>paroxetine hcl er</i>	20	<i>phytonadione</i>	141, 200, 229
OPVEE.....	5	PATADAY	146, 181	PIFELTRO	44
ORENCIA	98, 99	<i>paxlovid (150/100)</i>	47	<i>pilocarpine hcl</i>	72, 111
ORENCIA CLICKJECT	98	<i>paxlovid (300/100 & 150/100)</i>	47	<i>pimecrolimus</i>	75
ORFADIN	82	<i>paxlovid (300/100)</i>	47	<i>pimozide</i>	38
ORGOVYX.....	95	<i>pazopanib hcl</i>	32	<i>pimtrea</i>	91
ORIAHNN	95	PEDIA-LAX.....	195	<i>pindolol</i>	60
ORLISSA	95	PEDIARIX	105	<i>pioglitazone hcl</i>	50
ORKAMBI.....	114	PEDVAX HIB.....	105	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	
ORLADEYO	96	<i>peg 3350</i>	195	.....	50
ORQUIDEA.....	93	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	80	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	
ORSERDU	28	<i>peg-3350/electrolytes</i>	80	.....	11
<i>oseltamivir phosphate</i>	46	PEGASYS	101	<i>piperacillin-tazobactam-nacl</i> .	11
OSENVELT	108	PEMAZYRE	32	PIQRAY (200 MG DAILY	
OTEZLA	75	<i>pen needles</i>	54	DOSE)	32
OTEZLA XR.....	76	PEN NEEDLES.....	54	PIQRAY (250 MG DAILY	
OTEZLA/OTEZLA XR		PENBRAYA	105	DOSE)	32
INITIATION PK	76	<i> penciclovir</i>	77	PIQRAY (300 MG DAILY	
<i>oxacillin sodium</i>	11	<i>penicillamine</i>	78	DOSE)	33
<i>oxacillin sodium in dextrose</i> ...	11	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	11	<i>pirfenidone</i>	115
<i>oxcarbazepine</i>	17	<i>penicillin g sodium</i>	11	<i>piroxicam</i>	2
<i>oxcarbazepine er</i>	17	<i>penicillin v potassium</i>	11	<i>plenamine</i>	79
OXERVATE	109	PENMENVY.....	105	PNV 27-CA/FE/FA	79
<i>oxybutynin chloride</i>	83	PENTACEL.....	105	<i>podofilox</i>	76
<i>oxybutynin chloride er</i>	83	<i>pentamidine isethionate</i>	35	<i>poison ivy wash</i>	214
<i>oxycodone hcl</i>	4	<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	4	<i>poly bacitracin</i>	152, 181, 213
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	4	<i>pentoxifylline er</i>	63	<i>polyethylene glycol 3350</i>	195
OXYCONTIN	3	<i>perampanel</i>	14	<i>polymyxin b sulfate</i>	7
<i>oxymetazoline hcl</i>	185	<i>perindopril erbumine</i>	59	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	110
OYSCO 500+D	179, 228	<i>permethrin</i>	76	POLY-VI-FLOR/IRON.....	159,
<i>oyster shell calcium</i>	179	<i>perphenazine</i>	21	200, 224	
<i>oyster shell calcium w/d</i> 179, 228		PERSERIS.....	40	<i>polyvinyl alcohol</i>	184
<i>oyster shell calcium/vit d</i>	179,	<i>petrolatum</i>	217	POMALYST.....	26
228		PHAZYME MAXIMUM		PONVORY.....	71
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		STRENGTH	190	PONVORY STARTER PACK	
MG/DOSE).....	50	PHAZYME ULTIMATE	190	.....	71
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	50	PHAZYME ULTRA		<i>portia-28</i>	91
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	50	STRENGTH	191	<i>posaconazole</i>	23
P		<i>phenaseptic</i>	184	<i>potassium chloride</i>	77
<i>pain & fever childrens</i> .	163, 168,	<i>phenelzine sulfate</i>	19	<i>potassium chloride crys er</i>	77
172		<i>phenobarbital</i>	16	<i>potassium chloride er</i>	77
<i>pain & fever infants</i>	163, 168,	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	58	<i>potassium citrate er</i>	77
172		PHENYTEK.....	17	<i>povidone-iodine</i>	215, 220
<i>pain reliever plus</i> .	163, 172, 174,	<i>phenytoin</i>	17	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .	36
176		<i>phenytoin infatabs</i>	17		

<i>pramipexole dihydrochloride er</i>.....36	<i>promethazine hcl</i> .....21, 112	<i>qc gentle laxative</i>.....195
<i>pramoxine hcl</i>.....214	<i>promethazine-phenylephrine</i> 117	<i>qc hydrocortisone max st</i>.....183, 199, 218
<i>pramoxine hcl (perianal)</i>.....214	<i>promethegan</i>.....21	<i>qc lansoprazole</i>.....198
<i>prasugrel hcl</i> .....58	<i>propafenone hcl</i>.....60	<i>qc laxative</i>.....196
<i>pravastatin sodium</i> .....65	<i>propranolol hcl</i>.....60	<i>qc magnesium citrate</i>.....196
<i>praziquantel</i>.....35	<i>propranolol hcl er</i> .....60	<i>qc miconazole 7</i> .....216
<i>prazosin hcl</i> .....58	<i>propylthiouracil</i>.....96	<i>qc naproxen sodium</i>.....168, 173, 175, 200
<i>prednisolone</i>.....85	PROQUAD.....105	<i>qc rest simply</i>.....142, 145, 155, 164, 170, 204, 208
<i>prednisolone acetate</i> .....110	PRORENAL + D.....179, 224	<i>qc stomach relief</i> ..187, 189, 192
<i>prednisolone sodium phosphate</i>.....85, 107, 110	PRORENAL + D W/ OMEGA- 3.....179, 224	<i>qc stomach relief ultra</i> .187, 189, 192
<i>prednisone</i> .....107	PROSIGHT .....179, 224	<i>qc triple antibiotic</i> 152, 181, 213
<i>prednisone intensol</i> .....107	<i>protriptyline hcl</i>.....21	QINLOCK.....33
<i>pregabalin</i> .....16	PROVELLA .....189	QUADRACEL .....105
PREMARIN .....87	<i>pseudoephedrine hcl</i>.....153, 201	<i>quetiapine fumarate</i>.....41
PREMPHASE .....91	<i>pseudoephedrine-guaifenesin er</i>.....153, 206	<i>quetiapine fumarate er</i> .....41
PREMPRO .....91	PULMOZYME.....114	<i>quinapril hcl</i> .....59
<i>prenatal</i> .....79, 159, 224, 226	<i>pyrazinamide</i> .....25	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 63
<i>prenatal vitamins</i> ..159, 224, 226	<i>pyridostigmine bromide</i>.....25	<i>quinidine gluconate er</i>.....60
PRESERVISION AREDS ..179, 224	<i>pyridostigmine bromide er</i> .....25	<i>quinidine sulfate</i> .....60
PRESERVISION AREDS 2179, 224	<i>pyrimethamine</i> .....35	<i>quinine sulfate</i> .....35
PRESERVISION AREDS	PYRUKYND.....57	QULIPTA.....24
2+MULTI VIT .....179, 224	PYRUKYND TAPER PACK 57	QVAR REDIHALER.....112
PRESERVISION/LUTEIN .179, 224	Q	R
PRETOMANID.....25	<i>qc allergy relief</i> ...142, 145, 147, 150, 155, 164, 170, 183, 199, 204, 205, 208, 209, 212	RABAVERT.....105
PREVACID 24HR .....198	<i>qc allergy relief (cetirizine)</i> .150, 212	RADICAVA ORS .....69
<i>prevalite</i>.....66	<i>qc allergy relief childrens</i>....142, 145, 155, 164, 170, 204, 208	RADICAVA ORS STARTER KIT .....69
PREVYMIS.....42	<i>qc antacid</i> .....187, 192	RALDESY .....20
PREZCOBIX.....45	<i>qc antacid extra strength</i>.....187, 192	<i>raloxifene hcl</i> .....93
PREZISTA .....46	<i>qc antacid ultra strength</i> .....187, 192	<i>ramelteon</i>.....118
PRIFTIN.....25	<i>qc antacid/anti-gas</i> .....187, 191	<i>ramipril</i>.....59
<i>primaquine phosphate</i> .....35	<i>qc anti-diarrheal</i>.....189	<i>ranolazine er</i>.....63
PRIMAXIN IV .....7	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>.....222	<i>rasagiline mesylate</i>.....37
<i>primidone</i> .....16	<i>qc aspirin</i>.....160, 161, 168, 176	<i>rayavit</i>.....179, 224
PRIORIX.....105	<i>qc aspirin low dose</i>.....160, 161, 168, 176	REBIF.....71
PRIVIGEN .....97	<i>qc clotrimazole</i> .....216	REBIF REBIDOSE .....71
<i>probenecid</i>.....23	<i>qc dibromm childrens cold/all</i>.....145, 147, 154	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK .....71
PROBITROL.....189	<i>qc enteric aspirin</i> .160, 161, 168, 176	REBIF TITRATION PACK..71
<i>prochlorperazine</i> .....21	<i>qc famotidine acid reducer</i> ..146, 197	<i>reclipsen</i> .....91
<i>prochlorperazine maleate</i> .....21		RECOMBIVAX HB.....105
PROCRT .....57		RECORLEV .....95
PROCTOFOAM.....214		REFRESH LACRI-LUBE...184
<i>progesterone</i>.....93		RELENZA DISKHALER .....47
PROGRAF .....102		RELISTOR.....80
PROLASTIN-C.....82		RENAPLEX .....179, 224
PROMEROL .....189		

RENAPLEX-D.....	179, 224	RYDAPT	33	<i>silver sulfadiazine</i>	76
<i>repaglinide</i>	50	RYKINDO.....	41	SIMBRINZA	111
REPATHA	66	RYLAZE	28	<i>simethicone</i>	191
REPATHA SURECLICK	66	<i>rynex pe</i>	145, 147, 154	<i>simethicone drops infants</i>	191
RESTORA.....	189	<i>rynex pse</i>	145, 147, 153	<i>simethicone ultra strength</i>	191
RETACRIT	57	S		SIMLANDI (1 PEN)	102
RETEVMO.....	33	<i>saline mist spray</i>	184, 209	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	102
REVCIVI	82	<i>saline nasal spray</i>	184, 209	SIMLANDI (2 PEN)	102
REVLIMID	26	SANTYL	76	SIMLANDI (2 SYRINGE).....	103
REVUFORJ.....	28	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	82	<i>simliya</i>	91
REXTOVY	5	SAVELLA.....	70	<i>simpesse</i>	91
REXULTI.....	41	SAVELLA TITRATION PACK		SIMPONI.....	103
REYATAZ	46	.....	70	<i>simvastatin</i>	65
REZDIFFRA	94	SCSEMBLIX.....	33	<i>sinus nasal spray</i>	185
REZLIDHIA.....	28	<i>scopolamine</i>	21	<i>sinus relief extra strength</i>	154, 184, 185
REZUROCK	102	SEA-OMEGA	201	<i>sirolimus</i>	103
RHOPRESSA.....	111	<i>sebex</i>	219	SIRTURO	25
<i>ribavirin</i>	43	SECUADO	41	SKLICE	221
<i>rifabutin</i>	25	SELARSDI.....	99	SKYLA.....	91
<i>rifampin</i>	25	<i>selegiline hcl</i>	37	SKYTROFA	86
<i>riluzole</i>	69	<i>selenium sulfide</i>	75	<i>sleep aid</i>	142, 145, 156, 165, 170, 204, 209
<i>rimantadine hcl</i>	47	SELZENTRY	45	<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	142, 145, 156, 165, 170, 204, 209
RISA-BID PROBIOTIC	189	<i>senexon-s</i>	196	<i>sleep tabs</i>	142, 145, 156, 165, 170, 204, 209
RISAQUAD	189	<i>senna</i>	196	<i>sleep-aid</i>	142, 145, 156, 165, 170, 204, 209
RISAQUAD-2.....	189	<i>senna plus</i>	196	<i>sm 3-day vaginal</i>	216
<i>risedronate sodium</i>	108	<i>senna-docusate sodium</i>	196	<i>sm acid reducer</i>	146, 197
<i>risperidone</i>	41	<i>senna-lax</i>	196	<i>sm all day allergy</i>	150, 212
RISPERIDONE		<i>senna-time</i>	196	<i>sm all day allergy childrens</i>	150, 212
MICROSPHERES ER	41	<i>senna-time s</i>	196	<i>sm all day allergy relief</i>	150, 212
<i>ritonavir</i>	46	<i>sennosides</i>	196	<i>sm all day allergy-d</i>	151, 153
<i>rivastigmine</i>	18	<i>sennosides-docusate sodium</i>	196	<i>sm allergy childrens</i>	151, 212
<i>rivastigmine tartrate</i>	18	SENOKOT	196	<i>sm allergy relief</i>	151, 183, 199, 205, 209, 212
<i>rizatriptan benzoate</i>	24	SENOKOT EXTRA		<i>sm allergy relief childrens</i>	142, 145, 156, 165, 170, 204, 209
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>		STRENGTH	196	<i>sm antacid advanced</i>	187, 191
.....	154, 204, 206	SENOKOT S	196	<i>sm antacid advanced max st</i>	187, 191
ROCKLATAN	111	SEREVENT DISKUS	113	<i>sm antibiotic</i>	152, 181, 213
<i>roflumilast</i>	114	SEROSTIM	86	<i>sm anti-diarrheal</i>	189
ROMVIMZA.....	28	<i>sertraline hcl</i>	20	<i>sm anti-itch extra strength</i>	214
<i>ropinirole hcl</i>	37	<i>setlakin</i>	91	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	151, 182, 215, 220
<i>ropinirole hcl er</i>	37	<i>sevelamer carbonate</i>	79		
<i>rosuvastatin calcium</i>	65	<i>sharobel</i>	93		
ROTARIX.....	105	SHINGRIX.....	105		
ROTATEQ	105	SIGNIFOR.....	95		
ROWEEPRA.....	14	SIKLOS.....	27		
ROZLYTREK	33	<i>siladryl allergy</i>	142, 145, 156, 165, 170, 204, 208		
RUBRACA.....	33	<i>sildenafil citrate</i>	115		
<i>rufinamide</i>	17	SILIQ.....	99		
<i>ru-hist d</i>	145, 147, 154	<i>siltussin dm das</i>	204, 206		
RUKOBIA.....	45	<i>siltussin sa</i>	207		
RYBELSUS	50				

<i>sm arthritis pain</i>	221	<i>sm naproxen sodium</i>	168, 173, 175, 200	<i>sore throat spray</i>	184
<i>sm arthritis pain reliever</i>	163, 168, 172	<i>sm nasal spray</i>	185	<i>sotalol hcl</i>	60
<i>sm aspirin adult low strength</i>	160, 161, 168, 176	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	185	<i>sotalol hcl (af)</i>	60
<i>sm aspirin ec</i>	160, 161, 168, 176	<i>sm nasal spray saline</i> ...	184, 209	SOTYKTU	99
<i>sm aspirin low dose</i>	160, 161, 168, 176	<i>sm nasal spray sinus</i>	185	SPIRIVA RESPIMAT	113
<i>sm athletes foot</i>	151, 213	<i>sm nicotine</i>	157, 158	<i>spironolactone</i>	64
<i>sm calamine</i>	215, 217	<i>sm nicotine polacrilex</i> ..	157, 158	<i>spironolactone-hctz</i>	63
<i>sm childrens aspirin</i>	160, 161, 168, 176	<i>sm nighttime sleep aid</i> .	142, 145, 156, 165, 170, 204, 209	<i>sprintec 28</i>	91
<i>sm childrens ibuprofen</i>	168, 173, 175	<i>sm omeprazole</i>	198	SPRITAM.....	14
SM CLEARLAX.....	196	<i>sm pain & fever childrens</i> ...	163, 168, 172	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> ..	79
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	216	<i>sm pain reliever ex st</i> ...	163, 168, 172	<i>sronyx</i>	91
<i>sm docusate calcium</i>	196	<i>sm pain reliever pm ex st</i>	142, 145, 163, 170, 172	STELARA	99
<i>sm double antibiotic</i>	152, 181, 213	<i>sm povidone-iodine</i>	215, 220	STEQEYMA	99
<i>sm ear drops</i>	182	<i>sm stomach relief</i> ..	187, 189, 192	<i>stimulant laxative</i>	196
<i>sm enema</i>	196	<i>sm stool softener</i>	196	STIOLTO RESPIMAT.....	117
<i>sm epsom salt</i>	196	<i>sm triple antibiotic max st</i> ...	152, 181, 213, 214	STIVARGA.....	33
<i>sm eye drops</i>	185	<i>sm triple antibiotic original</i> .	152, 181, 213	STOBOCLO	108
<i>sm fexofenadine hcl</i>	151, 212	<i>sm tussin cough/chest congest</i>	204, 207	<i>stomach relief</i>	187, 189, 193
<i>sm gas relief extra strength</i> ..	191	<i>sm tussin dm</i>	204, 207	<i>stomach relief extra strength</i>	187, 189, 193
<i>sm hemorrhoidal</i> .	154, 217, 218, 219	<i>sm tussin dm max</i>	204, 207	<i>stomach relief ultra</i>	187, 189, 193
<i>sm hydrocortisone</i>	183, 199, 219	<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	207	<i>stool softener</i>	196
<i>sm hydrocortisone max st</i>	183, 199, 219	<i>sm vitamin d3</i>	228	<i>stool softener laxative</i>	196
<i>sm hydrocortisone plus</i>	183, 199, 217, 219	<i>smooth antacid extra strength</i>	187, 192	<i>stool softener plus laxative</i> ...	196
<i>sm ibuprofen</i>	168, 173, 175	<i>sodium bicarbonate</i>	187, 192	<i>stool softener/laxative</i>	196
<i>sm ibuprofen ib</i>	168, 173, 175	<i>sodium chloride</i>	76, 78	<i>streptomycin sulfate</i>	6
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	168, 173, 175	<i>sodium chloride (hypertonic)</i> ..	184	STRIBILD	45
<i>sm infants ibuprofen</i>	168, 173, 175	<i>sodium chloride (pf)</i>	77	STROVITE ONE.....	179, 224
<i>sm lansoprazole</i>	198	<i>sodium fluoride</i>	78	SUCRAID.....	83
<i>sm lice killing max strength</i> ..	221	<i>sodium oxybate</i>	118	<i>sucralfate</i>	81
<i>sm loratadine</i>	151, 212	<i>sodium phenylbutyrate</i>	82, 83	SUDOGEST	153, 201
<i>sm loratadine d 12hr</i>	151, 153	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	79	SUDOGEST MAXIMUM	
<i>sm miconazole 3</i>	216	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	43	STRENGTH	153, 201
<i>sm miconazole 3 applicator</i> ..	216	<i>solifenacin succinate</i>	83	SUDOGEST	
<i>sm miconazole 7</i>	216	SOLQUA	54	SINUS/ALLERGY..	145, 147, 153
<i>sm milk of magnesia</i>	196	SOLTAMOX.....	26	<i>sulfacetamide sodium</i>	110
<i>sm motion sickness</i>	145, 191	SOLUBLE FIBER THERAPY	196	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	13
<i>sm mucus relief</i>	207	SOMAVERT	95	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	109
<i>sm mucus relief max strength</i> ..	207	<i>sorafenib tosylate</i>	33	<i>sulfadiazine</i>	13
		<i>sore throat</i>	184, 214, 221	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	7, 13
				<i>sulfasalazine</i>	107
				<i>sulindac</i>	2
				<i>sumatriptan</i>	24
				<i>sumatriptan succinate</i>	24
				SUMMERS EVE DISP	
				MEDICATED.....	215, 220
				<i>sunitinib malate</i>	33

SUNLENCA.....	45, 46	<i>terbutaline sulfate</i>	113	<i>tramadol hcl</i>	4
SWIM EAR.....	184	<i>terconazole</i>	23	<i>tramadol-acetaminophen</i>	4
SYEDA.....	91	<i>teriflunomide</i>	71	<i>trandolapril</i>	59
SYMDEKO.....	114	TERIPARATIDE	108	<i>tranexamic acid</i>	57
SYMLINPEN 120.....	50	<i>testosterone</i>	86	<i>tranylcyromine sulfate</i>	19
SYMLINPEN 60.....	50	<i>testosterone cypionate</i>	86	<i>travoprost (bak free)</i>	111
SYMPAZAN.....	16	<i>testosterone enanthate</i>	86	<i>trazodone hcl</i>	20
SYMTUZA.....	46	<i>tetrabenazine</i>	69	TRELEGY ELLIPTA.....	117
SYNAREL	95	<i>tetracycline hcl</i>	13	TRELSTAR MIXJECT	96
SYNJARDY	50	THALOMID.....	26	TREMFYA.....	100
SYNJARDY XR	50	<i>theophylline</i>	114	TREMFYA ONE-PRESS.....	99
SYNTHROID.....	94	<i>theophylline er</i>	114	TREMFYA PEN	99, 100
SYSTANE ICAPS AREDS2	179, 224	THERA.....	225	TREMFYA-CD/UC	
SYSTANE NIGHTTIME.....	184	<i>therapeutic dandruff</i>	219	INDUCTION.....	100
T		<i>thioridazine hcl</i>	38	<i>tretinoin</i>	35, 72
TAB-A-VITE/BETA		<i>thiothixene</i>	38	<i>triamcinolone acetonide</i> ..72, 75,	
CAROTENE.....	225	<i>tiagabine hcl</i>	16	183, 205, 209	
TABLOID	27	TIBSOVO.....	28	<i>triamcinolone in absorbase</i>	75
TABRECTA.....	33	<i>ticagrelor</i>	58	<i>triamterene-hctz</i>	63
<i>tacrolimus</i>	75, 103	TICOVAC	106	<i>tri-buffered aspirin</i>	160, 161,
<i>tadalafil</i>	84	<i>tigecycline</i>	7	168, 176, 187, 196	
<i>tadalafil (pah)</i>	115	TILIA FE.....	92	<i>trientine hcl</i>	78
TADLIQ.....	115	<i>timolol maleate</i>	60, 110	TRI-ESTARYLLA.....	92
TAFINLAR	33	TINACTIN	222	<i>trifluoperazine hcl</i>	38
TAGRISSO	33	<i>tinidazole</i>	7	<i>trifluridine</i>	43
TALTZ.....	99	<i>tiopronin</i>	84	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	36
TALZENNA.....	33	<i>tiotropium bromide</i>	113	TRIJARDY XR	50
<i>tamoxifen citrate</i>	26	TIVICAY.....	44	TRIKAFTA	114
<i>tamsulosin hcl</i>	84	TIVICAY PD	44	<i>tri-legest fe</i>	92
<i>tarina 24 fe</i>	92	<i>tizanidine hcl</i>	42	<i>tri-linyah</i>	92
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	92	<i>tm-clotrimazole</i>	217	TRI-LO-ESTARYLLA	92
TARPEYO	95	<i>tm-tolnaftate</i>	222	<i>tri-lo-marzia</i>	92
TASCENSO ODT	71	<i>tm-tolnaftate lr</i>	222	<i>tri-lo-mili</i>	92
<i>tasimelteon</i>	118	<i>tm-vite rx</i>	225, 226, 227	<i>tri-lo-sprintec</i>	92
TAVNEOS	57	TOBI PODHALER	114	<i>trimethobenzamide hcl</i>	21
<i>tazarotene</i>	72	<i>tobramycin</i>	110, 114	<i>trimethoprim</i>	7
TAZICEF	10	<i>tobramycin sulfate</i>	6	<i>tri-mili</i>	92
TAZVERIK.....	33	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	109	<i>trimipramine maleate</i>	21
TEFLARO.....	10	<i>tolnaftate</i>	222	<i>trinatal rx 1</i>	79
<i>telmisartan</i>	59	<i>tolnaftate antifungal</i>	222	TRINTELLIX.....	20
<i>telmisartan-hctz</i>	63	<i>tolterodine tartrate</i>	83	<i>triple antibiotic</i>	152, 181, 213
<i>temazepam</i>	118	<i>tolterodine tartrate er</i>	83	<i>triple antibiotic plus</i>	152, 181,
TENIVAC	106	<i>tolvaptan</i>	78	213, 214	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	43	<i>tolvaptan (hyponatremia)</i>	78	<i>triple antibiotic+pain relief</i> ..	152,
<i>tension headache</i> ..	163, 172, 174	<i>topiramate</i>	15	181, 213, 214	
TEPEZZA.....	109	<i>toremifene citrate</i>	26	<i>tri-sprintec</i>	92
TEPMETKO.....	33	<i>torse mide</i>	64	TRITOLNACIDE S.....	222
<i>terazosin hcl</i>	58	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	55	TRIUMEQ.....	46
<i>terbinafine hcl</i>	23, 151, 213	TOUJEO SOLOSTAR	55	TRIUMEQ PD.....	46
		TRADJENTA.....	50	<i>tri-vylibra</i>	92

<i>tri-vylibra lo</i>	92	<i>ustekinumab-aekn</i>	100	VIGAFYDE.....	16
<i>tropium chloride</i>	84	UZEDY	41, 42	VIJOICE	34
<i>tropium chloride er</i>	83	V		<i>vilazodone hcl</i>	20
<i>true ferrous sulfate</i>	159	<i>valacyclovir hcl</i>	43	VIMKUNYA.....	106
<i>true folic acid</i>	226	VALCHLOR	26	<i>viorele</i>	92
<i>true laxative</i>	197	<i>valganciclovir hcl</i>	42	VIRACEPT.....	46
<i>true lido</i>	214	<i>valproic acid</i>	15	VIREAD.....	43
<i>true magnesium oxide</i>	179	<i>valsartan</i>	59	VITA S FORTE.....	180, 225
<i>true vitamin a</i>	225	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>vitamin a</i>	225
<i>true vitamin b1</i>	226	.....	64	<i>vitamin b complex</i>	226
<i>true vitamin b12</i>	159, 226	VALTOCO 10 MG DOSE	16	<i>vitamin b complex w/b-12</i>	226
<i>true vitamin c</i>	227	VALTOCO 15 MG DOSE	16	<i>vitamin b1</i>	226
<i>true vitamin d3</i>	228	VALTOCO 20 MG DOSE	16	<i>vitamin b-1</i>	226
<i>true vitamin e</i>	228	VALTOCO 5 MG DOSE	16	<i>vitamin b-12</i>	159, 227
TRULANCE.....	80	VANALICE.....	221	<i>vitamin b-6</i>	227
TRUMENBA	106	<i>vancomycin hcl</i>	8	<i>vitamin c</i>	227
TRUQAP	33	<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	7	<i>vitamin d</i>	228
TRUVADA	44	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	7	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	228
TUKYSA.....	33	VANFLYTA	33	<i>vitamin d3</i>	228
TURALIO	33	VAQTA.....	106	<i>vitamin e</i>	228
<i>turqoz</i>	92	<i>varenicline tartrate</i>	5	<i>vitamin k1</i>	141, 200, 229
<i>tusnel diabetic</i>	204, 207	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	5	<i>vitamins acd-fluoride</i> ...176, 177,	
TUSNEL-EX.....	207	<i>varenicline tartrate(continue)</i> ..5		200, 225, 227, 228	
<i>tussin dm</i>	204, 207	VARIVAX.....	106	VITRAKVI.....	34
<i>tussin dm cough + chest</i>	204, 207	VAXCHORA	106	VITRAMYN.....	180, 225
<i>tussin mucus & chest congest</i>		<i>velivet</i>	92	VITRANOL.....	180, 225
.....	207	VELTASSA.....	79	VITRANOL FE	180, 225
<i>tussin mucus+chest congestion</i>		VEMLIDY.....	43	VITREXATE.....	180, 225
.....	207	VENCLEXTA.....	34	VITREXATE FE	180, 225
<i>tussin multi-symptom cold cf</i>		VENCLEXTA STARTING		VITREXYL	180, 225
.....	154, 204, 207	PACK	34	VITREXYL + IRON	180, 225
TWINRIX.....	106	VENEXA.....	180, 225	VIVITROL	4
TYBOST	46	VENEXA FE.....	180, 225	VIVOTIF	106
TYMLOS	108	<i>venlafaxine hcl</i>	20	VIZIMPRO.....	34
TYPHIM VI	106	<i>venlafaxine hcl er</i>	20	VOLNEA.....	92
TYVASO DPI		VENTOLIN HFA.....	113	VONJO	34
MAINTENANCE KIT	115	VENTRIXYL	180, 225, 226	VOQUEZNA	81
TYVASO DPI TITRATION		VENTRIXYL FE	180, 225	VOQUEZNA DUAL PAK....	81
KIT	115	VEOZAH.....	69	VOQUEZNA TRIPLE PAK ..81	
U		<i>verapamil hcl</i>	61	VORANIGO.....	28
UBRELVY	24	<i>verapamil hcl er</i>	61	<i>voriconazole</i>	23
UDAMIN SP	179, 225, 226	VERQUVO	64	VOSEVI	43
<i>ultra calcium + vitamin d3</i> ..180,		VERSACLOZ	42	<i>votrizal</i>	217
228		VERZENIO.....	34	VOWST.....	81
UNITHROID.....	94	<i>vestura</i>	92	VRAYLAR.....	42
UPTRAVI.....	115	V-GO 20.....	55	<i>vyfemla</i>	92
UPTRAVI TITRATION	115	V-GO 30.....	55	<i>vylibra</i>	92
<i>ursodiol</i>	81	V-GO 40.....	55	VYNDAMAX	64
<i>ustekinumab</i>	100	<i>vienna</i>	92	W	
		<i>vigabatrin</i>	16	<i>warfarin sodium</i>	56

<i>wart remover maximum strength</i>	220	XOLREMDI.....	57	Z-BUM	215
<i>wee care</i>	159	XOSPATA.....	34	ZEJULA	34
WEEKLY-D.....	228	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	28	ZELBORAF	34
WEGOVIY	64	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	28	ZEMAIRA.....	83
WELIREG.....	28	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	28	<i>zenatane</i>	72
<i>wera</i>	92	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	28	ZENPEP	83
<i>wes-phos 250 neutral</i>	180	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	28	ZEPBOUND.....	118
WINREVAIR.....	115	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	28	ZEPOSIA.....	72
<i>wixela inhub</i>	117	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	28	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	72
<i>womens laxative</i>	197	XRROMI.....	27	ZEPOSIA STARTER KIT	72
<i>wymzya fe</i>	92	XTANDI.....	26	<i>zidovudine</i>	44, 45
WYOST.....	108	<i>xulane</i>	92	ZILBRYSQ.....	100
X		XYWAV	118	<i>zinc oxide</i>	215
XALKORI.....	34	Y		ZINCTRAL	215
XARELTO	56	YESINTEK	100	<i>ziprasidone hcl</i>	42
XARELTO STARTER PACK	56	YF-VAX.....	106	<i>ziprasidone mesylate</i>	42
XATMEP	28	YONSA	26	ZITHROMAX	12
XCOPRI	15	YORVIPATH.....	108	ZOLINZA.....	28
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	15	YUTREPIA	115	<i>zolmitriptan</i>	24, 25
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	15	<i>yuvafem</i>	87	<i>zolpidem tartrate</i>	118
XDEMVIY	109	Z		<i>zolpidem tartrate er</i>	118
XELJANZ	100	ZADITOR	146, 181	ZONISADE	17
XELJANZ XR.....	100	<i>zafemy</i>	92	<i>zonisamide</i>	17
XERMELO.....	80	<i>zaleplon</i>	118	ZOSYN.....	8
XHANCE	112	ZARXIO.....	57	<i>zovia 1/35 (28)</i>	93
XIAFLEX.....	83	ZAVZPRET.....	24	ZTALMIY	16
XIFAXAN.....	80			ZTLIDO.....	4
XIGDUO XR.....	50			<i>zumandimine</i>	93
XOLAIR.....	117			ZURNAI.....	5
				ZURZUVAE.....	19
				ZYDELIG.....	34
				ZYKADIA.....	34

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Terapéutica Antídoto		
Terapéutica Antídoto		
<i>ft naloxone hcl</i>	T2	PA
<i>gnp naloxone hcl</i>	T2	PA
<i>naloxone hcl nasal</i>	T2	PA
NARCAN	T1	
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	T3	
<i>phytonadione oral</i>	T3	
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	T3	
Medicamentos antihistamínicos		
Derivados de la etanolamina		
<i>acetaminophen pm</i>	T3	
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ft pain reliever pm extra str</i>	T3	
<i>ft sleep aid (doxylamine)</i>	T3	
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp pain relief es night time</i>	T3	
<i>gnp pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>gnp sleep aid</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep aid oral tablet</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sm pain reliever pm ex st</i>	T3	
Antihistamínicos de primera generación		
<i>acetaminophen pm</i>	T3	
<i>alahist pe</i>	T3	
<i>aller-chlor oral tablet</i>	T3	
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	T3	
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
APRODINE ORAL TABLET	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>cold & allergy childrens oral liquid</i>	T3	
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
DRIMINATE	T3	
<i>duratuss dm oral liquid</i>	T3	
ED A-HIST ORAL LIQUID	T3	
ED A-HIST ORAL TABLET	T3	
<i>ed chlorped jr</i>	T3	
<i>ed-a-hist dm</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft motion sickness oral tablet 50 mg</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft pain reliever pm extra str</i>	T3	
<i>ft sleep aid (doxylamine)</i>	T3	
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp motion sickness relief oral tablet 25 mg</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>gnp motion sickness relief oral tablet 50 mg</i>	T3	
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp pain relief es night time</i>	T3	
<i>gnp pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>gnp sleep aid</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
LOHIST-D	T3	
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet chewable</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>m-end dmx</i>	T3	
<i>motion sickness relief oral tablet 25 mg</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>motion sickness relief oral tablet 50 mg</i>	T3	
<i>motion-time</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nohist-dm</i>	T3	QL (900 ML per 30 days)
<i>nohist-lq</i>	T3	
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
<i>qc dibromm childrens cold/all</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ru-hist d</i>	T3	
<i>rynex pe</i>	T3	
<i>rynex pse</i>	T3	
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep aid oral tablet</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm motion sickness oral tablet 25 mg</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sm pain reliever pm ex st</i>	T3	
SUDOGEST SINUS/ALLERGY	T3	QL (120 EA per 30 days)
Otros antihistamínicos		
<i>acid reducer maximum strength oral tablet 20 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>acid reducer oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
ALAWAY CHILDRENS ALLERGY OPHTHALMIC SOLUTION 0.035 %	T1	QL (10 ML per 30 days)
ALAWAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.035 %	T1	QL (10 ML per 30 days)
<i>eye allergy itch relief</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
<i>eye allergy itch/redness rel</i>	T3	QL (10 ML per 30 days)
<i>eye itch relief ophthalmic solution 0.035 %</i>	T1	QL (10 ML per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>famotidine maximum strength</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	T1	QL (120 EA per 30 days)
<i>famotidine orig st</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft eye allergy itch relief</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
<i>gnp acid reducer max st</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>gnp acid reducer oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	T3	QL (10 ML per 30 days)
<i>gnp olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
<i>heartburn relief max st oral tablet 20 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>heartburn relief oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ketotifen fumarate ophthalmic solution 0.035 %</i>	T1	QL (10 ML per 30 days)
<i>kls acid controller max st</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl extra strength</i>	T1	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	T3	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
PATADAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	T3	
<i>qc famotidine acid reducer oral tablet 20 mg</i>	T1	
<i>sm acid reducer oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
ZADITOR OPHTHALMIC SOLUTION 0.035 %	T1	QL (10 ML per 30 days)
Derivados de la propilamina		
<i>alahist pe</i>	T3	
<i>aller-chlor oral tablet</i>	T3	
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	T3	
<i>allergy relief oral tablet 4 mg</i>	T3	
APRODINE ORAL TABLET	T3	
<i>cold & allergy childrens oral liquid</i>	T3	
ED A-HIST ORAL LIQUID	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ED A-HIST ORAL TABLET	T3	
<i>ed chlorped jr</i>	T3	
<i>ed-a-hist dm</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet 4 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet 4 mg</i>	T3	
LOHIST-D	T3	
<i>m-end dmx</i>	T3	
<i>nohist-dm</i>	T3	QL (900 ML per 30 days)
<i>nohist-lq</i>	T3	
<i>qc allergy relief oral tablet 4 mg</i>	T3	
<i>qc dibromm childrens cold/all</i>	T3	
<i>ru-hist d</i>	T3	
<i>rynex pe</i>	T3	
<i>rynex pse</i>	T3	
SUDOGEST SINUS/ALLERGY	T3	QL (120 EA per 30 days)
Antihistamínicos de segunda generación		
<i>12hr allergy relief</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>24hr allergy & congestion reli</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>24hr allergy relief</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>all day allergy oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>allergy childrens oral suspension</i>	T3	QL (1200 ML per 30 days)
<i>allergy rel child (loratadine)</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>allergy relief (cetirizine) oral capsule</i>	T3	
<i>allergy relief (cetirizine) oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief cetirizine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy relief d-12</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy relief d-24</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 5 mg</i>	T1	
<i>allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy-d 24hr</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable</i>	T3	
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>childrens loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24 hour</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ft all day allergy</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy 24 hour</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy childrens</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>ft all day allergy relief</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft allergy & congestion-d 12hr</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft allergy childrens</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief 24 hour</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief cetirizine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief childrens oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable</i>	T1	
<i>ft allergy relief loratadine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief-d</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp all day allergy</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp all day allergy childrens oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>gnp all day allergy relief</i>	T3	
<i>gnp all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp allergy & congestion</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	T1	
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp allergy-d allergy & conges</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp fexofenadine/pse er</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp loratadine childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>gnp loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>gnp loratadine oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense all day allergy oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>goodsense all day allergy oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>goodsense aller-ease</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense allergy relief child</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm all day allergy childrens</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm cetirizine hcl</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>hm loratadine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
KLS ALLERCLEAR	T3	QL (30 EA per 30 days)
KLS ALLER-TEC	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>loratadine childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>loratadine childrens oral tablet chewable</i>	T1	
<i>loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>loratadine oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>loratadine-d 12hr</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>loratadine-d 24hr</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief (cetirizine)</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm all day allergy</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>sm all day allergy relief</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm allergy childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>sm allergy relief oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm allergy relief oral tablet dispersible</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm loratadine d 12hr</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>sm loratadine oral tablet</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
Agentes antiinfecciosos		
Antifúngicos de alilamina		
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	T3	
<i>ft athletes foot (terbinafine)</i>	T3	
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	T3	
<i>sm athletes foot external cream</i>	T3	
<i>terbinafine hcl external</i>	T3	
Amebicidas		
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	T3	
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	T3	
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	T3	
Antibióticos, bacitracina		
<i>bacitracin external</i>	T3	
<i>bacitracin zinc external</i>	T3	
<i>bacitracin zinc-aloe</i>	T3	
<i>double antibiotic</i>	T3	
<i>ft antibiotic</i>	T3	
<i>ft double antibiotic</i>	T3	
<i>ft triple antibiotic</i>	T3	
<i>gnp bacitracin zinc</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	T3	
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	T3	
<i>poly bacitracin external ointment 500-10000 unit/gm</i>	T3	
<i>qc triple antibiotic</i>	T3	
<i>sm antibiotic</i>	T3	
<i>sm double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic max st</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic original</i>	T3	
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000</i>	T3	
<i>triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>triple antibiotic+pain relief</i>	T3	
Medicamentos autonómicos		
Agonistas alfa y beta adrenérgicos		
<i>24hr allergy & congestion reli</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy relief d-12</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy relief d-24</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>allergy-d 24hr</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
APRODINE ORAL TABLET	T3	
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>duratuss dm oral liquid</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24 hour</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft allergy & congestion-d 12hr</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief-d</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp allergy & congestion</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp allergy-d allergy & conges</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp fexofenadine/pse er</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp nasal decongestant oral tablet</i>	T3	
<i>goodsense all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
LOHIST-D	T3	
<i>loratadine-d 12hr</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>loratadine-d 24hr</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>m-end dmx</i>	T3	
<i>mucus relief d oral tablet extended release 12 hour 60-600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	T3	
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet</i>	T3	
<i>pseudoephedrine-guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 60-600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>rynex pse</i>	T3	
<i>sm all day allergy-d</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm loratadine d 12hr</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
SUDOGEST	T3	
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH	T3	
SUDOGEST SINUS/ALLERGY	T3	QL (120 EA per 30 days)
Agonistas alfa adrenérgicos (12:12)		
<i>alahist pe</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>cold & allergy childrens oral liquid</i>	T3	
ED A-HIST ORAL LIQUID	T3	
ED A-HIST ORAL TABLET	T3	
<i>ed bron gp</i>	T3	
<i>ed-a-hist dm</i>	T3	
<i>ft tussin cf adult</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>gnp hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>gnp nasal four spray</i>	T3	
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	T3	
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>goodsense hemorrhoidal</i>	T3	
<i>goodsense tussin cf</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>hemorrhoidal external cream</i>	T3	
<i>hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>hemorrhoidal rectal suppository 0.25-88.44 %</i>	T3	
<i>nasal four</i>	T3	
<i>nohist-dm</i>	T3	QL (900 ML per 30 days)
<i>nohist-lq</i>	T3	
<i>qc dibromm childrens cold/all</i>	T3	
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>ru-hist d</i>	T3	
<i>rynex pe</i>	T3	
<i>sinus relief extra strength</i>	T3	
<i>sm hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
Agentes antiparkinsonianos		
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid oral capsule</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
Medicamentos autonómicos, varios		
<i>ft nicotine mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>ft nicotine transdermal</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine mouth/throat</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine transdermal</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>goodsense nicotine polacrilex</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T3	QL (720 EA per 30 days)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	T3	QL (600 EA per 30 days)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>nicotine polacrilex mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos

de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>nicotine step 1</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine step 2</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine step 3</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine transdermal kit</i>	T1	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>sm nicotine transdermal</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
Agentes para dejar de fumar		
<i>ft nicotine mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>ft nicotine transdermal</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine mouth/throat</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>gnp nicotine transdermal</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>goodsense nicotine polacrilex</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T3	QL (720 EA per 30 days)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	T3	QL (600 EA per 30 days)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nicotine polacrilex mini</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>nicotine step 1</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine step 2</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine step 3</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nicotine transdermal kit</i>	T1	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	T1	QL (720 EA per 30 days)
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	T1	QL (600 EA per 30 days)
<i>sm nicotine transdermal</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)

Formación de la sangre, coagulación, trombosis

Preparados de hierro

CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	T3	
<i>classic prenatal</i>	T3	
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	T3	
FEROSUL ORAL TABLET	T3	
FERREX 28 ORAL	T3	QL (30 EA per 30 days)
FERRIMIN 150	T3	
FERROCITE	T3	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg</i>	T3	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 (38 fe) mg</i>	T3	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 (60 fe) mg/5ml, 300 mg/6.8ml, 75 (15 fe) mg/ml</i>	T3	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	T3	
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp iron oral tablet 200 (65 fe) mg</i>	T3	
<i>gnp iron oral tablet extended release 45 mg</i>	T3	
<i>gnp prenatal</i>	T3	
<i>iron (ferrous sulfate) oral solution</i>	T3	
<i>iron chews pediatric</i>	T3	
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	T3	
NEPHRON FA	T3	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION	T3	
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	T3	
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	T3	
<i>true ferrous sulfate</i>	T3	
<i>wee care</i>	T3	
Preparados para el hígado y el estómago		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	T3	
DODEX	T3	
<i>true vitamin b12</i>	T3	
<i>vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg, 250 mcg</i>	T3	
Inhibidores de la agregación plaquetaria		
<i>adult aspirin regimen</i>	T3	
<i>aspirin adult low dose</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	T3	
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	T3	
<i>aspirin regimen</i>	T3	
<i>ft aspirin low dose</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ft aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>ft enteric coated aspirin</i>	T3	
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp aspirin low dose</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>goodsense aspirin adults</i>	T3	
<i>goodsense aspirin low dose</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>hm adult aspirin</i>	T3	
<i>hm aspirin ec</i>	T3	
<i>qc aspirin low dose</i>	T3	
<i>qc aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>qc enteric aspirin</i>	T3	
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>sm aspirin ec</i>	T3	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>sm childrens aspirin</i>	T3	
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
Agentes trombolíticos		
<i>adult aspirin regimen</i>	T3	
<i>aspirin adult low dose</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	T3	
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>aspirin regimen</i>	T3	
<i>ft aspirin low dose</i>	T3	
<i>ft aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>ft enteric coated aspirin</i>	T3	
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp aspirin low dose</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>goodsense aspirin adults</i>	T3	
<i>goodsense aspirin low dose</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>hm adult aspirin</i>	T3	
<i>hm aspirin ec</i>	T3	
<i>qc aspirin low dose</i>	T3	
<i>qc aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>qc enteric aspirin</i>	T3	
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>sm aspirin ec</i>	T3	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>sm childrens aspirin</i>	T3	
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	

Agentes para el sistema nervioso central

Analgésicos y antipiréticos, varios

<i>8 hr arthritis pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>acetaminophen childrens oral solution</i>	T3	
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>acetaminophen er</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>acetaminophen extra strength oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>acetaminophen infants</i>	T3	
<i>acetaminophen oral liquid</i>	T3	
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	T3	
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 650 mg/20.3ml</i>	T3	
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen oral tablet 500 mg</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>acetaminophen pm</i>	T3	
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg</i>	T3	
<i>acetaminophen rectal suppository 650 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>arthritis pain relief oral</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>childrens silapap</i>	T3	
<i>ed-apap</i>	T3	
FEVERALL INFANTS	T3	
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	T3	
<i>ft migraine relief</i>	T3	
<i>ft pain reliever pm extra str</i>	T3	
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp acetaminophen oral tablet</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp headache relief extra str</i>	T3	
<i>gnp infants pain/fever</i>	T3	
<i>gnp migraine relief</i>	T3	
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>gnp pain & fever infants</i>	T3	
<i>gnp pain relief es night time</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>gnp pain relief oral</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>goodsense arthritis pain oral</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>goodsense migraine formula</i>	T3	
<i>goodsense pain & fever child</i>	T3	
<i>goodsense pain & fever infants</i>	T3	
<i>goodsense pain relief extra st</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief oral tablet</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>headache formula</i>	T3	
<i>headache relief oral</i>	T3	
<i>hm arthritis pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>hm migraine relief</i>	T3	
<i>hm pain & fever childrens</i>	T3	
<i>liquid acetaminophen</i>	T3	
<i>mapap oral capsule</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>migraine relief</i>	T3	
<i>m-pap</i>	T3	
<i>pain & fever childrens oral suspension</i>	T3	
<i>pain & fever infants</i>	T3	
<i>pain reliever plus</i>	T3	
<i>sm arthritis pain reliever</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>sm pain & fever childrens</i>	T3	
<i>sm pain reliever ex st oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>sm pain reliever pm ex st</i>	T3	
<i>tension headache</i>	T3	
Agentes anticolinérgicos del SNC		
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid oral capsule</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
Agentes para la migraña, varios		
<i>8 hr arthritis pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>acetaminophen childrens oral solution</i>	T3	
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>acetaminophen er</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>acetaminophen extra strength oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>acetaminophen infants</i>	T3	
<i>acetaminophen oral liquid</i>	T3	
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	T3	
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 650 mg/20.3ml</i>	T3	
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen oral tablet 500 mg</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg</i>	T3	
<i>acetaminophen rectal suppository 650 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>adult aspirin regimen</i>	T3	
<i>all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>all day relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>arthritis pain relief oral</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>aspirin adult low dose</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	T3	
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	T3	
<i>aspirin regimen</i>	T3	
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	T3	
<i>childrens silapap</i>	T3	
<i>ed-apap</i>	T3	
FEVERALL INFANTS	T3	
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	T3	
<i>ft all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>ft aspirin low dose</i>	T3	
<i>ft aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>ft enteric coated aspirin</i>	T3	
<i>ft naproxen sodium</i>	T3	
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp acetaminophen oral tablet</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp aspirin low dose</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp ibuprofen infants</i>	T3	
<i>gnp infants pain/fever</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>gnp pain & fever infants</i>	T3	
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>gnp pain relief oral</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>goodsense arthritis pain oral</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>goodsense aspirin adults</i>	T3	
<i>goodsense aspirin low dose</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	T3	
<i>goodsense naproxen sodium</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>goodsense pain & fever child</i>	T3	
<i>goodsense pain & fever infants</i>	T3	
<i>goodsense pain relief extra st</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief oral tablet</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>hm adult aspirin</i>	T3	
<i>hm arthritis pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>hm aspirin ec</i>	T3	
<i>hm ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>hm pain & fever childrens</i>	T3	
<i>ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>ibuprofen infants</i>	T3	
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ibuprofen oral capsule</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	T3	
<i>infants ibuprofen</i>	T3	
<i>liquid acetaminophen</i>	T3	
<i>mapap oral capsule</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>m-pap</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>pain & fever childrens oral suspension</i>	T3	
<i>pain & fever infants</i>	T3	
<i>qc aspirin low dose</i>	T3	
<i>qc aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>qc enteric aspirin</i>	T3	
<i>qc naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>sm arthritis pain reliever</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>sm aspirin ec</i>	T3	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>sm childrens aspirin</i>	T3	
<i>sm childrens ibuprofen</i>	T3	
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	T3	
<i>sm ibuprofen ib oral tablet</i>	T3	
<i>sm ibuprofen oral tablet</i>	T3	
<i>sm infants ibuprofen</i>	T3	
<i>sm naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>sm pain & fever childrens</i>	T3	
<i>sm pain reliever ex st oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos, varios		
<i>acetaminophen pm</i>	T3	
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft pain reliever pm extra str</i>	T3	
<i>ft sleep aid (doxylamine)</i>	T3	
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp pain relief es night time</i>	T3	
<i>gnp pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>gnp sleep aid</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>goodsense pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep aid oral tablet</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sm pain reliever pm ex st</i>	T3	
Analgésicos no opioides		
<i>8 hr arthritis pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>acetaminophen childrens oral solution</i>	T3	
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>acetaminophen er</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>acetaminophen extra strength oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>acetaminophen infants</i>	T3	
<i>acetaminophen oral liquid</i>	T3	
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	T3	
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 650 mg/20.3ml</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen oral tablet 500 mg</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>acetaminophen pm</i>	T3	
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg</i>	T3	
<i>acetaminophen rectal suppository 650 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>arthritis pain relief oral</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>childrens silapap</i>	T3	
<i>ed-apap</i>	T3	
FEVERALL INFANTS	T3	
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	T3	
<i>ft migraine relief</i>	T3	
<i>ft pain reliever pm extra str</i>	T3	
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>gnp acetaminophen oral tablet</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp headache relief extra str</i>	T3	
<i>gnp infants pain/fever</i>	T3	
<i>gnp migraine relief</i>	T3	
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	T3	
<i>gnp pain & fever infants</i>	T3	
<i>gnp pain relief es night time</i>	T3	
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>gnp pain relief oral</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>goodsense arthritis pain oral</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>goodsense migraine formula</i>	T3	
<i>goodsense pain & fever child</i>	T3	
<i>goodsense pain & fever infants</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>goodsense pain relief extra st</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief oral tablet</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>goodsense pain relief pm ex st oral tablet 25-500 mg</i>	T3	
<i>headache formula</i>	T3	
<i>headache relief oral</i>	T3	
<i>hm arthritis pain relief</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>hm migraine relief</i>	T3	
<i>hm pain & fever childrens</i>	T3	
<i>liquid acetaminophen</i>	T3	
<i>mapap oral capsule</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>migraine relief</i>	T3	
<i>m-pap</i>	T3	
<i>pain & fever childrens oral suspension</i>	T3	
<i>pain & fever infants</i>	T3	
<i>pain reliever plus</i>	T3	
<i>sm arthritis pain reliever</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>sm pain & fever childrens</i>	T3	
<i>sm pain reliever ex st oral tablet</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>sm pain reliever pm ex st</i>	T3	
<i>tension headache</i>	T3	
Antiinflamatorios no esteroideos		
Agentes, varios		
<i>all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>all day relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	T3	
<i>ft all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>ft naproxen sodium</i>	T3	
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp ibuprofen infants</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>goodsense ibuprofen</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	T3	
<i>goodsense naproxen sodium</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>hm ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>ibuprofen infants</i>	T3	
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ibuprofen oral capsule</i>	T3	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	T3	
<i>infants ibuprofen</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>qc naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>sm childrens ibuprofen</i>	T3	
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	T3	
<i>sm ibuprofen ib oral tablet</i>	T3	
<i>sm ibuprofen oral tablet</i>	T3	
<i>sm infants ibuprofen</i>	T3	
<i>sm naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
Antagonistas opioides (28:10)		
<i>ft naloxone hcl</i>	T2	PA
<i>gnp naloxone hcl</i>	T2	PA
<i>naloxone hcl nasal</i>	T2	PA
NARCAN	T1	
Estimulantes respiratorios y del SNC		
<i>back & body extra strength</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ft migraine relief</i>	T3	
<i>gnp headache relief extra str</i>	T3	
<i>gnp migraine relief</i>	T3	
<i>goodsense migraine formula</i>	T3	
<i>headache formula</i>	T3	
<i>headache relief oral</i>	T3	
<i>hm migraine relief</i>	T3	
<i>migraine relief</i>	T3	
<i>pain reliever plus</i>	T3	
<i>tension headache</i>	T3	
Inhibidores reversibles de Cox-1/Cox-2		
<i>all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>all day relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	T3	
<i>ft all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>ft naproxen sodium</i>	T3	
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>gnp ibuprofen infants</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>goodsense ibuprofen</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension</i>	T3	
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	T3	
<i>goodsense naproxen sodium</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>hm ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>ibuprofen childrens</i>	T3	
<i>ibuprofen infants</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ibuprofen oral capsule</i>	T3	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	T3	
<i>infants ibuprofen</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>qc naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>sm childrens ibuprofen</i>	T3	
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	T3	
<i>sm ibuprofen ib oral tablet</i>	T3	
<i>sm ibuprofen oral tablet</i>	T3	
<i>sm infants ibuprofen</i>	T3	
<i>sm naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
Salicilatos		
<i>adult aspirin regimen</i>	T3	
<i>aspirin adult low dose</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	T3	
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	T3	
<i>aspirin regimen</i>	T3	
<i>back & body extra strength</i>	T3	
<i>ft aspirin low dose</i>	T3	
<i>ft aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>ft enteric coated aspirin</i>	T3	
<i>ft migraine relief</i>	T3	
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp aspirin low dose</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>gnp headache relief extra str</i>	T3	
<i>gnp migraine relief</i>	T3	
<i>goodsense aspirin adults</i>	T3	
<i>goodsense aspirin low dose</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	T3	
<i>goodsense migraine formula</i>	T3	
<i>headache formula</i>	T3	
<i>headache relief oral</i>	T3	
<i>hm adult aspirin</i>	T3	
<i>hm aspirin ec</i>	T3	
<i>hm migraine relief</i>	T3	
<i>migraine relief</i>	T3	
<i>pain reliever plus</i>	T3	
<i>qc aspirin low dose</i>	T3	
<i>qc aspirin oral tablet</i>	T3	
<i>qc enteric aspirin</i>	T3	
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>sm aspirin ec</i>	T3	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	T3	
<i>sm childrens aspirin</i>	T3	
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
Agentes odontológicos		
Agentes odontológicos		
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	T3	
<i>multivitamin/fluoride oral suspension</i>	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	
Suplementos nutricionales		

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	T3	
<i>multivitamin/fluoride oral suspension</i>	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	
Equilibrio hidroelectrolítico y calórico		
Agentes calóricos		
METAFOLBIC PLUS	T3	
Agentes eliminadores de fosfatos		
CALPHRON	T2	PA
Preparados de sustitución		
BACMIN	T3	
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	T3	
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	T3	
<i>calcium acetate oral tablet 668 (169 ca) mg</i>	T3	
CALPHRON	T2	PA
CEROVITE SENIOR	T3	
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT	T3	
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	T3	
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	T3	
COMPETE	T3	
CORVITA ORAL TABLET	T3	
<i>daily multivitamin</i>	T3	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	T3	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T3	
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	T3	
DIALYVITE 800/ZINC	T3	
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE/ZINC	T3	
DIATROL	T3	
ELDERTONIC ORAL LIQUID	T3	
FOLIFLEX	T3	
FOLITIN-Z	T3	
<i>gnp cal mag zinc +d3</i>	T3	
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	T3	
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	T3	
<i>gnp healthy eyes</i>	T3	
<i>gnp mega multi for men</i>	T3	
<i>gnp mega multi for women</i>	T3	
<i>gnp one daily mens health 50+</i>	T3	
<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	T3	
<i>gnp one daily womens</i>	T3	
<i>gnp one daily womens 50+</i>	T3	
ICAPS	T3	
ICAPS AREDS FORMULA	T3	
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	T3	
ICAPS MV	T3	
<i>i-vite</i>	T3	
K-PHOS-NEUTRAL	T3	
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	T2	PA
<i>magnesium lactate oral</i>	T3	
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	T3	
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	T3	
<i>multiple vitamins-minerals</i>	T3	
MULTITOL-M	T3	
NEPHPLEX RX	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NICADAN	T3	
NUTRIFAC ZX	T3	
OCUVITE ADULT 50+	T3	
OCUVITE ADULT FORMULA	T3	
OCUVITE EXTRA	T3	
OCUVITE EYE + MULTI	T3	
OCUVITE EYE HEALTH FORMULA	T3	
OCUVITE-LUTEIN	T3	
ONCOVITE	T3	
<i>one-daily multi caps</i>	T3	
OYSCO 500+D ORAL TABLET	T3	
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	T3	
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	T3	
<i>oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	T3	
PHOSPHA 250 NEUTRAL	T3	
PHOSPHO-TRIN 250 NEUTRAL	T3	
PRESERVISION AREDS	T3	
PRESERVISION AREDS 2	T3	
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT	T3	
PRESERVISION/LUTEIN	T3	
PRORENAL + D	T3	
PRORENAL + D W/ OMEGA-3	T3	
PROSIGHT ORAL TABLET	T3	
<i>rayavit</i>	T3	
RENAPLEX	T3	
RENAPLEX-D	T3	
STROVITE ONE	T3	
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	T3	
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>true magnesium oxide</i>	T3	
UDAMIN SP ORAL TABLET	T3	
<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	T3	
VENEXA	T3	
VENEXA FE	T3	
VENTRIXYL FE	T3	
VENTRIXYL ORAL TABLET	T3	
VITA S FORTE	T3	
VITRAMYN	T3	
VITRANOL	T3	
VITRANOL FE	T3	
VITREXATE	T3	
VITREXATE FE	T3	
VITREXYL	T3	
VITREXYL + IRON	T3	
<i>wes-phos 250 neutral</i>	T3	

Preparados para ojos, nariz, garganta y oídos (Eent)

Agentes antialérgicos

ALAWAY CHILDRENS ALLERGY OPHTHALMIC SOLUTION 0.035 %	T1	QL (10 ML per 30 days)
ALAWAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.035 %	T1	QL (10 ML per 30 days)
<i>eye allergy itch relief</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
<i>eye allergy itch/redness rel</i>	T3	QL (10 ML per 30 days)
<i>eye itch relief ophthalmic solution 0.035 %</i>	T1	QL (10 ML per 30 days)
<i>ft eye allergy itch relief</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
<i>gnp olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	T3	QL (10 ML per 30 days)
<i>gnp olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
<i>ketotifen fumarate ophthalmic solution 0.035 %</i>	T1	QL (10 ML per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
NAPHCN-A	T3	
<i>olopatadine hcl extra strength</i>	T1	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	T3	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	T1	QL (5 ML per 30 days)
PATADAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	T3	
ZADITOR OPHTHALMIC SOLUTION 0.035 %	T1	QL (10 ML per 30 days)
Antibacterianos (52:04)		
<i>bacitracin external</i>	T3	
<i>bacitracin zinc external</i>	T3	
<i>bacitracin zinc-aloe</i>	T3	
<i>double antibiotic</i>	T3	
<i>ft antibiotic</i>	T3	
<i>ft double antibiotic</i>	T3	
<i>ft triple antibiotic</i>	T3	
<i>gnp bacitracin zinc</i>	T3	
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	T3	
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	T3	
<i>poly bacitracin external ointment 500-10000 unit/gm</i>	T3	
<i>qc triple antibiotic</i>	T3	
<i>sm antibiotic</i>	T3	
<i>sm double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic max st</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic original</i>	T3	
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000</i>	T3	
<i>triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>triple antibiotic+pain relief</i>	T3	
Antiinfecciosos, varios (52:04)		

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ear drops</i>	T3	
<i>earwax removal</i>	T3	
<i>earwax removal kit</i>	T3	
<i>ft earwax removal</i>	T3	
<i>ft earwax removal kit</i>	T3	
<i>gnp earwax removal drops</i>	T3	
<i>gnp earwax removal kit</i>	T3	
<i>sm ear drops</i>	T3	
Astringentes (52:04)		
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	T3	
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	T3	
<i>ear drops</i>	T3	
<i>earwax removal</i>	T3	
<i>earwax removal kit</i>	T3	
<i>ft earwax removal</i>	T3	
<i>ft earwax removal kit</i>	T3	
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>gnp earwax removal drops</i>	T3	
<i>gnp earwax removal kit</i>	T3	
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>sm ear drops</i>	T3	
Corticoides (Eent)		
<i>allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>anti-itch maximum strength external cream 1 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
AQUANIL HC	T3	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide nasal</i>	T3	
<i>ft allergy relief 24 hr</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>ft itch relief max strength</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>ft itch relief/aloe max str</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp 24 hour nasal allergy</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp budesonide nasal spray</i>	T3	
<i>gnp fluticasone propionate</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>goodsense 24-hr allergy nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>goodsense anti-itch max str</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>goodsense anti-itch maximum st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>goodsense nasal allergy spray</i>	T3	
<i>hm 24 hour nasal allergy</i>	T3	
<i>hm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone max st/12 moist</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone/aloe max str</i>	T3	
<i>nasal allergy 24 hour</i>	T3	
<i>qc allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>qc hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>sm hydrocortisone external cream 1 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol</i>	T3	
Medicamentos para Eent, varios		
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	T3	
<i>deep sea nasal spray</i>	T3	
<i>ear drops for swimmers</i>	T3	
GENTEAL TEARS NIGHT-TIME	T3	
<i>gnp nighttime relief lub eye</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	T3	
<i>lubricant eye nighttime</i>	T3	
<i>lubrifresh p.m.</i>	T3	
MURO 128	T3	
<i>nasal moisturizing spray</i>	T3	
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic</i>	T3	
REFRESH LACRI-LUBE	T3	
<i>saline mist spray</i>	T3	
<i>saline nasal spray</i>	T3	
<i>sm nasal spray saline</i>	T3	
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	T3	
SWIM EAR OTIC LIQUID	T3	
SYSTANE NIGHTTIME	T3	
Anestésicos locales (Eent)		
ENEMEEZ PLUS	T3	
<i>sore throat mouth/throat lozenge 15-3.6 mg</i>	T3	
Enjuagues bucales y gárgaras		
<i>gnp sore throat spray</i>	T3	
<i>phenaseptic</i>	T3	
<i>sore throat mouth/throat liquid 1.4 %</i>	T3	
<i>sore throat spray mouth/throat liquid</i>	T3	
Midriáticos		
<i>gnp nasal four spray</i>	T3	
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	T3	
<i>nasal four</i>	T3	
<i>sinus relief extra strength</i>	T3	
Vasoconstrictores		
<i>12 hour nasal decongestant nasal</i>	T3	
<i>12 hour nasal spray</i>	T3	
AFRIN NODRIP ORIGINAL	T3	
<i>eye drops ophthalmic solution 0.05 %</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>ft eye drops</i>	T3	
<i>ft nasal spray</i>	T3	
<i>gnp eye drops ophthalmic solution 0.05 %</i>	T3	
<i>gnp nasal four spray</i>	T3	
<i>gnp nasal spray</i>	T3	
<i>gnp nasal spray extra moist</i>	T3	
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	T3	
<i>gnp no drip nasal spray</i>	T3	
NAPHCN-A	T3	
<i>nasal decongestant spray</i>	T3	
<i>nasal four</i>	T3	
<i>nasal spray 12 hour</i>	T3	
<i>nasal spray extra moisturizing</i>	T3	
<i>nasal spray no drip</i>	T3	
<i>oxymetazoline hcl nasal</i>	T3	
<i>sinus nasal spray</i>	T3	
<i>sinus relief extra strength</i>	T3	
<i>sm eye drops ophthalmic solution 0.05 %</i>	T3	
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	T3	
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	T3	
<i>sm nasal spray sinus</i>	T3	

Medicamentos gastrointestinales

Antiácidos y adsorbentes

ACID GONE ORAL TABLET CHEWABLE 160-105 MG	T3	
ALMACONE DOUBLE STRENGTH	T3	
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml</i>	T3	
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	T3	
<i>antacid & antigas oral suspension 2400- 2400-240 mg/30ml</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>antacid calcium</i>	T3	
<i>antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg, 750 mg</i>	T3	
<i>antacid maximum strength</i>	T3	
<i>antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	T3	
<i>antacid oral tablet chewable 750 mg</i>	T3	
<i>antacid regular strength oral suspension</i>	T3	
<i>antacid ultra strength oral tablet chewable 1000 mg</i>	T3	
<i>antacid/antigas</i>	T3	
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	T3	
<i>calcium antacid</i>	T3	
<i>calcium antacid extra strength</i>	T3	
<i>calcium carbonate antacid oral suspension</i>	T3	
<i>calcium carbonate antacid oral tablet 648 mg</i>	T3	
CAL-GEST ANTACID	T3	
<i>ft antacid & antigas</i>	T3	
<i>ft antacid extra strength</i>	T3	
<i>ft antacid regular strength</i>	T3	
<i>ft stomach relief</i>	T3	
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	T3	
<i>gnp antacid extra strength</i>	T3	
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	T3	
<i>gnp antacid regular strength</i>	T3	
<i>gnp antacid ultra strength</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	T3	
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>goodsense omeprazole/sodium bicarbonate</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos

de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>hm antacid extra strength</i>	T3	
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>hm stomach relief ultra</i>	T3	
<i>mag-al plus oral liquid</i>	T3	
<i>mag-al plus xs oral liquid</i>	T3	
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	T3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg, 420 mg</i>	T3	
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	T3	
<i>mintox maximum strength</i>	T3	
MINTOX PLUS	T3	
<i>qc antacid extra strength</i>	T3	
<i>qc antacid oral tablet chewable</i>	T3	
<i>qc antacid ultra strength</i>	T3	
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	T3	
<i>qc stomach relief</i>	T3	
<i>qc stomach relief ultra</i>	T3	
<i>sm antacid advanced</i>	T3	
<i>sm antacid advanced max st</i>	T3	
<i>sm stomach relief oral tablet</i>	T3	
<i>sm stomach relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>smooth antacid extra strength</i>	T3	
<i>sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg</i>	T3	QL (720 EA per 30 days)
<i>stomach relief extra strength</i>	T3	
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>stomach relief oral tablet</i>	T3	
<i>stomach relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>stomach relief ultra</i>	T3	
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Agentes antidiarreicos		
<i>acidophilus/l-sporogenes</i>	T3	
<i>acidophilus-bacillus coagulans</i>	T3	
<i>anti-diarrheal oral solution</i>	T3	
<i>anti-diarrheal oral tablet</i>	T3	
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	T3	
FLORANEX ORAL PACKET	T3	
FLORANEX ORAL TABLET	T3	
<i>ft anti-diarrheal oral capsule</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>ft anti-diarrheal oral solution</i>	T3	
<i>ft anti-diarrheal oral tablet</i>	T3	
<i>ft stomach relief</i>	T3	
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet</i>	T3	
<i>gnp anti-diarrheal/anti-gas</i>	T3	
<i>gnp loperamide hcl oral solution</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	T3	
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>goodsense anti-diarr/ant-gas</i>	T3	
<i>goodsense anti-diarrheal oral solution</i>	T3	
<i>hm anti-diarrheal oral solution</i>	T3	
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>hm stomach relief ultra</i>	T3	
<i>lactobacillus probiotic</i>	T3	
<i>loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	T3	
<i>loperamide hcl oral tablet</i>	T3	
<i>loperamide-simethicone</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MICROFLOR 33	T3	
PROBITROL	T3	
PROMEROL	T3	
PROVELLA	T3	
<i>qc anti-diarrheal oral capsule</i>	T3	QL (240 EA per 30 days)
<i>qc anti-diarrheal oral tablet</i>	T3	
<i>qc stomach relief</i>	T3	
<i>qc stomach relief ultra</i>	T3	
RESTORA	T3	
RISA-BID PROBIOTIC	T3	
RISAQUAD	T3	
RISAQUAD-2	T3	
<i>sm anti-diarrheal oral solution</i>	T3	
<i>sm anti-diarrheal oral tablet</i>	T3	
<i>sm stomach relief oral tablet</i>	T3	
<i>sm stomach relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>stomach relief extra strength</i>	T3	
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>stomach relief oral tablet</i>	T3	
<i>stomach relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>stomach relief ultra</i>	T3	
Antieméticos, varios		
<i>anti-nausea</i>	T3	
<i>gnp anti-nausea relief</i>	T3	
<i>gnp nausea relief</i>	T3	
<i>goodsense nausea relief</i>	T3	
<i>nausea relief</i>	T3	
Antiflatulentos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH	T3	
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>antacid & antigas oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	T3	
<i>antacid maximum strength</i>	T3	
<i>antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	T3	
<i>antacid regular strength oral suspension</i>	T3	
<i>antacid/antigas</i>	T3	
<i>ft antacid & antigas</i>	T3	
<i>ft gas relief</i>	T3	
<i>ft gas relief extra strength</i>	T3	
<i>ft gas relief infants</i>	T3	
<i>ft gas relief ultra strength</i>	T3	
<i>gas relief extra strength</i>	T3	
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	T3	
<i>gas relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gas relief ultra strength</i>	T3	
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	T3	
<i>gnp antacid regular strength</i>	T3	
<i>gnp anti-diarrheal/anti-gas</i>	T3	
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	T3	
<i>gnp gas relief</i>	T3	
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp infant gas relief</i>	T3	
<i>goodsense anti-diarr/ant-gas</i>	T3	
<i>loperamide-simethicone</i>	T3	
<i>mag-al plus oral liquid</i>	T3	
<i>mag-al plus xs oral liquid</i>	T3	
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	T3	
<i>mintox maximum strength</i>	T3	
MINTOX PLUS	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	T3	
PHAZYME ULTIMATE	T3	
PHAZYME ULTRA STRENGTH	T3	
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	T3	
<i>simethicone drops infants oral suspension</i>	T3	
<i>simethicone oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	T3	
<i>simethicone oral tablet chewable 80 mg</i>	T3	
<i>simethicone ultra strength</i>	T3	
<i>sm antacid advanced</i>	T3	
<i>sm antacid advanced max st</i>	T3	
<i>sm gas relief extra strength</i>	T3	
Antihistamínicos (medicamentos Gi)		
DRIMINATE	T3	
<i>ft motion sickness oral tablet 50 mg</i>	T3	
<i>gnp motion sickness relief oral tablet 25 mg</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>gnp motion sickness relief oral tablet 50 mg</i>	T3	
<i>meclizine hcl oral tablet chewable</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>motion sickness relief oral tablet 25 mg</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>motion sickness relief oral tablet 50 mg</i>	T3	
<i>motion-time</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>sm motion sickness oral tablet 25 mg</i>	T3	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes antiulcerosos y supresores de ácido		
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	T3	
<i>antacid calcium</i>	T3	
<i>antacid extra strength oral tablet chewable 750 mg</i>	T3	
<i>antacid oral tablet chewable 750 mg</i>	T3	
<i>antacid ultra strength oral tablet chewable 1000 mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	T3	
<i>calcium antacid</i>	T3	
<i>calcium antacid extra strength</i>	T3	
<i>calcium carbonate antacid oral suspension</i>	T3	
<i>calcium carbonate antacid oral tablet 648 mg</i>	T3	
CAL-GEST ANTACID	T3	
<i>ft antacid extra strength</i>	T3	
<i>ft antacid regular strength</i>	T3	
<i>ft stomach relief</i>	T3	
<i>gnp antacid extra strength oral tablet chewable 750 mg</i>	T3	
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	T3	
<i>gnp antacid ultra strength</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	T3	
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>hm antacid extra strength</i>	T3	
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>hm stomach relief ultra</i>	T3	
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	T3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg, 420 mg</i>	T3	
<i>qc antacid extra strength</i>	T3	
<i>qc antacid oral tablet chewable</i>	T3	
<i>qc antacid ultra strength</i>	T3	
<i>qc stomach relief</i>	T3	
<i>qc stomach relief ultra</i>	T3	
<i>sm stomach relief oral tablet</i>	T3	
<i>sm stomach relief oral tablet chewable</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>smooth antacid extra strength</i>	T3	
<i>sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg</i>	T3	QL (720 EA per 30 days)
<i>stomach relief extra strength</i>	T3	
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	T3	
<i>stomach relief oral tablet</i>	T3	
<i>stomach relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>stomach relief ultra</i>	T3	
Catárticos y laxantes		
ACID GONE ORAL TABLET CHEWABLE 160-105 MG	T3	
<i>antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg</i>	T3	
<i>bisacodyl ec</i>	T3	
<i>bisacodyl oral</i>	T3	
<i>bisacodyl rectal</i>	T3	
<i>chocolated laxative</i>	T3	
CLEARLAX ORAL POWDER	T1	
COLACE 2-IN-1	T3	
COLACE CLEAR	T3	
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	T3	
<i>docusate calcium</i>	T3	
<i>docusate mini</i>	T3	
<i>docusate sodium oral capsule</i>	T3	
<i>docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	T3	
DOCUSOL KIDS	T3	
DOCUSOL MINI	T3	
DOK ORAL TABLET	T3	
<i>enema ready-to-use</i>	T3	
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	T3	
ENEMEEZ MINI	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ENEMEEZ PLUS	T3	
<i>epsom salt oral</i>	T3	
<i>fiber laxative + calcium</i>	T3	
<i>fiber oral tablet</i>	T3	
<i>fiber-lax</i>	T3	
FLEET BISACODYL	T3	
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	T3	
FLEET LIQUID GLYCERIN SUPP	T3	
FLEET MINI ENEMA	T3	
FLEET PEDIATRIC	T3	
<i>ft clearlax</i>	T1	
<i>ft epsom salt</i>	T3	
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	T3	
<i>ft gentle laxative</i>	T3	
<i>ft laxative</i>	T3	
<i>ft magnesium citrate</i>	T1	
<i>ft milk of magnesia</i>	T3	
<i>ft senna laxative</i>	T3	
<i>ft senna laxatives</i>	T3	
<i>ft senna-s</i>	T3	
<i>ft stool softener</i>	T3	
<i>gavilax oral powder</i>	T1	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>gentle laxative rectal</i>	T3	
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	T3	
<i>glycerin adult</i>	T3	
<i>glycerin childrens</i>	T3	
GLYCOLAX	T3	
<i>gnp antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg</i>	T3	
GNP CLEARLAX	T1	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp epsom salt</i>	T3	
<i>gnp fiber oral powder</i>	T3	
<i>gnp fiber-caps</i>	T3	
<i>gnp gentle laxative</i>	T3	
<i>gnp glycerin child</i>	T3	
<i>gnp magnesium citrate</i>	T1	
<i>gnp milk of magnesia</i>	T3	
<i>gnp senna lax</i>	T3	
<i>gnp senna plus</i>	T3	
<i>gnp stool softener oral capsule</i>	T3	
<i>gnp stool softener/laxative</i>	T3	
<i>gnp womens gentle laxative</i>	T3	
GOODSENSE CLEARLAX	T1	
HEALTHYLAX	T1	
HM CLEARLAX ORAL POWDER	T1	
<i>hm enema</i>	T3	
<i>hm milk of magnesia</i>	T3	
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg</i>	T3	
<i>hm stool softener/laxative</i>	T3	
INSTALAX	T1	
<i>laxative max str</i>	T3	
<i>laxative regular strength</i>	T3	
<i>magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml</i>	T1	
<i>milk of magnesia</i>	T3	
<i>milk of magnesia concentrate</i>	T3	
NEPHRON FA	T3	
PEDIA-LAX ORAL LIQUID	T3	
PEDIA-LAX ORAL TABLET CHEWABLE	T3	
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	T3	
peg 3350	T1	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos

de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	T1	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	T1	
<i>qc gentle laxative oral</i>	T3	
<i>qc laxative oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>qc magnesium citrate</i>	T3	
<i>senexon-s</i>	T3	
<i>senna oral capsule</i>	T3	
<i>senna oral liquid</i>	T3	
<i>senna oral syrup 176 mg/5ml, 8.8 mg/5ml</i>	T3	
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	T3	
<i>senna plus</i>	T3	
<i>senna-docusate sodium</i>	T3	
<i>senna-lax</i>	T3	
<i>senna-time</i>	T3	
<i>senna-time s</i>	T3	
<i>sennosides</i>	T3	
<i>sennosides-docusate sodium</i>	T3	
SENOKOT	T3	
SENOKOT EXTRA STRENGTH	T3	
SENOKOT S	T3	
SM CLEARLAX	T1	
<i>sm docusate calcium</i>	T3	
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	T3	
<i>sm epsom salt</i>	T3	
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	T3	
<i>sm stool softener oral capsule 250 mg</i>	T3	
<i>sm stool softener oral tablet 100 mg</i>	T3	
SOLUBLE FIBER THERAPY	T3	
<i>stimulant laxative oral tablet</i>	T3	
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	T3	
<i>stool softener oral capsule 100 mg</i>	T3	

		Requisitos y límites
<i>cursiva en minúscula</i> = Medicamentos genéricos	Nivel del medicamento T1 = Preferido de la PDL	AL = Límite de edad
MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca	T2 = No preferido de la PDL T3 = ADD	AP = Autorización previa LC = Límite de cantidad TE = Terapia escalonada
Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>stool softener plus laxative</i>	T3	
<i>stool softener/laxative oral capsule</i>	T3	
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	T3	
<i>true laxative</i>	T1	
<i>womens laxative</i>	T3	
Antagonistas de la histamina H2		
<i>acid reducer maximum strength oral tablet 20 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>acid reducer oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine maximum strength</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	T1	QL (120 EA per 30 days)
<i>famotidine orig st</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp acid reducer max st</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>gnp acid reducer oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>heartburn relief max st oral tablet 20 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>heartburn relief oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>kls acid controller max st</i>	T3	QL (120 EA per 30 days)
<i>qc famotidine acid reducer oral tablet 20 mg</i>	T1	
<i>sm acid reducer oral tablet 10 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>acid reducer oral capsule delayed release</i>	T3	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	T2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>ft acid reducer oral capsule delayed release 15 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft omeprazole</i>	T3	
<i>gnp lansoprazole</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>gnp omeprazole</i>	T3	

cursiva en minúscula =
Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos
de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>goodsense lansoprazole oral capsule delayed release</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>goodsense lansoprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	T3	
<i>goodsense omeprazole bicarb</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>omeprazole magnesium</i>	T3	
<i>omeprazole oral tablet delayed release</i>	T3	
<i>omeprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	T3	
PREVACID 24HR	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>qc lansoprazole</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm lansoprazole</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm omeprazole</i>	T3	

Hormonas y sustitutos sintéticos

Suprarrenales

<i>allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>anti-itch maximum strength external cream 1 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
AQUANIL HC	T3	QL (120 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief 24 hr</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>ft itch relief max strength</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>ft itch relief/aloe max str</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp fluticasone propionate</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>goodsense 24-hr allergy nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>goodsense anti-itch max str</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>goodsense anti-itch maximum st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>hydrocortisone external ointment 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone max st/12 moist</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone/aloe max str</i>	T3	
<i>qc allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>qc hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>sm hydrocortisone external cream 1 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
Antigonadotropinas		
ECONTRA ONE-STEP	T3	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	T3	
MY CHOICE	T3	
MY WAY	T3	
NEW DAY	T3	
OPCICON ONE-STEP	T3	
OPTION 2	T3	
Anticonceptivos		
ECONTRA ONE-STEP	T3	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	T3	
MY CHOICE	T3	
MY WAY	T3	
NEW DAY	T3	
OPCICON ONE-STEP	T3	
OPILL	T3	
OPTION 2	T3	
Progestinas		
ECONTRA ONE-STEP	T3	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	T3	
MY CHOICE	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MY WAY	T3	
NEW DAY	T3	
OPCICON ONE-STEP	T3	
OPILL	T3	
OPTION 2	T3	
Agentes terapéuticos diversos		
Antídotos (92:12)		
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	T3	
<i>phytonadione oral</i>	T3	
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	T3	
Agentes para la gota		
<i>all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>all day relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>ft all day pain relief</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>ft naproxen sodium</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>gnp naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>goodsense naproxen sodium</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>naproxen sodium oral capsule</i>	T3	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>qc naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
<i>sm naproxen sodium oral tablet</i>	T3	QL (210 EA per 30 days)
Agentes cariostáticos		
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	T3	
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	T3	
<i>multivitamin/fluoride oral suspension</i>	T3	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	

<i>cursiva en minúscula</i> = Medicamentos genéricos MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca		Nivel del medicamento T1 = Preferido de la PDL T2 = No preferido de la PDL T3 = ADD	Requisitos y límites AL = Límite de edad AP = Autorización previa LC = Límite de cantidad TE = Terapia escalonada
Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites	
Otros agentes terapéuticos diversos			
<i>co q-10 oral capsule 50 mg</i>	T3		
<i>coenzyme q-10 oral capsule 200 mg, 30 mg</i>	T3		
FERREX 28 ORAL	T3	QL (30 EA per 30 days)	
<i>fish oil high potency</i>	T3		
<i>fish oil oral capsule 1000 mg, 500 mg</i>	T3		
FOLTANX RF	T3		
<i>l-methylfolate forte oral capsule 15-90.314 mg</i>	T3		
<i>melatonin oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	T3		
METAFOLBIC PLUS	T3		
SEA-OMEGA	T3		
Agentes protectores			
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	T3	PA	
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	T2	PA	
Ayudas farmacéuticas			
Ayudas farmacéuticas			
<i>goodsense hemorrhoidal rectal suppository</i>	T3		
<i>hemorrhoidal rectal suppository 0.25-88.44 %</i>	T3		
Medicamentos para las vías respiratorias			
Agonistas adrenérgicos alfa y beta (resp.)			
<i>gnp nasal decongestant oral tablet</i>	T3		
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	T3		
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet</i>	T3		
SUDOGEST	T3		
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH	T3		
Antitusivos			

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>chest congestion relief dm oral syrup</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>cough dm childrens oral suspension extended release</i>	T3	
<i>cough dm oral suspension extended release</i>	T3	
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release</i>	T3	
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	T3	
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>duratuss dm oral liquid</i>	T3	
<i>ed-a-hist dm</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>ft tussin cf adult</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos
de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release</i>	T3	
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>gnp tussin dm cough</i>	T3	
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	
<i>goodsense cough dm</i>	T3	
<i>goodsense cough dm childrens</i>	T3	
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>goodsense tussin cf</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>goodsense tussin dm max</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>guaifenesin ac</i>	T3	QL (120 ML per 30 days); AL (Min 18 Years)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	T3	QL (120 ML per 30 days); AL (Min 18 Years)
<i>guaifenesin-dm oral syrup</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>hm cough dm oral suspension extended release</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>m-end dmx</i>	T3	
MUCOLYTE-DM	T3	
<i>mucus relief cough childrens</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos

de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	
<i>mucus relief dm oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>nohist-dm</i>	T3	QL (900 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>siltussin dm das</i>	T3	
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid oral capsule</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup</i>	T3	
<i>sm tussin dm</i>	T3	
<i>sm tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	
<i>tusnel diabetic</i>	T3	
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 200-20 mg/10ml</i>	T3	
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	T3	
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
Corticoides (vías respiratorias)		

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>budesonide nasal</i>	T3	
<i>ft allergy relief 24 hr</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>gnp 24 hour nasal allergy</i>	T3	
<i>gnp budesonide nasal spray</i>	T3	
<i>gnp fluticasone propionate</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>goodsense 24-hr allergy nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>goodsense nasal allergy spray</i>	T3	
<i>hm 24 hour nasal allergy</i>	T3	
<i>hm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>nasal allergy 24 hour</i>	T3	
<i>qc allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>sm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol</i>	T3	
Expectorantes		
<i>chest congestion relief dm oral syrup</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>chest congestion relief oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	T3	
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>ed bron gp</i>	T3	
<i>ft mucus relief 12hr max str</i>	T3	QL (60 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>ft tussin adult</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft tussin cf adult</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>gnp tussin dm cough</i>	T3	
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	T3	
<i>goodsense mucus er</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>goodsense mucus er maximum str</i>	T3	QL (60 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>goodsense tussin cf</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>goodsense tussin dm max</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>guaifenesin ac</i>	T3	QL (120 ML per 30 days); AL (Min 18 Years)
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	T3	QL (120 ML per 30 days); AL (Min 18 Years)
<i>guaifenesin-dm oral syrup</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
MUCOLYTE	T3	QL (3600 ML per 30 days)
MUCOLYTE-DM	T3	
<i>mucus & chest congestion oral liquid 200 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>mucus relief cough childrens</i>	T3	
<i>mucus relief d oral tablet extended release 12 hour 60-600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	
<i>mucus relief dm oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>mucus relief max st</i>	T3	QL (60 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>pseudoephedrine-guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 60-600 mg</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>siltussin dm das</i>	T3	
<i>siltussin sa oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm mucus relief</i>	T3	QL (120 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>sm mucus relief max strength</i>	T3	QL (60 EA per 30 days); AL (Min 12 Years)
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup</i>	T3	
<i>sm tussin dm</i>	T3	
<i>sm tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>tusnel diabetic</i>	T3	
TUSNEL-EX	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 200-20 mg/10ml</i>	T3	
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	T3	
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>tussin mucus & chest congest</i>	T3	
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	T3	QL (1800 ML per 30 days)
Antihistamínicos de primera generación (vías respiratorias)		
<i>aller-chlor oral tablet</i>	T3	
<i>allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG	T3	QL (360 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG	T3	QL (180 EA per 30 days)
BANOPHEN ORAL TABLET	T3	
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	T3	QL (180 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>ed chlorped jr</i>	T3	
<i>ft allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
<i>ft allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>ft nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>ft sleep aid (doxylamine)</i>	T3	
<i>ft sleep-aid maximum strength</i>	T3	
<i>gnp allergy oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief max st</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>gnp allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	T3	
<i>gnp childrens allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>gnp nighttime sleep-aid max st</i>	T3	
<i>gnp sleep aid</i>	T3	
<i>gnp sleep aid nighttime</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>goodsense sleeptime</i>	T3	
<i>liquid allergy relief</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>m-dryl</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>nighttime sleep aid oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief childrens oral liquid</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	T3	
<i>qc rest simply</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>siladryl allergy</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sleep aid (diphenhydramine)</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep aid oral liquid</i>	T3	
<i>sleep aid oral tablet</i>	T3	
<i>sleep tabs oral tablet 25 mg</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
<i>sleep-aid</i>	T3	
<i>sm allergy relief childrens</i>	T3	QL (3600 ML per 30 days)
<i>sm nighttime sleep aid</i>	T3	QL (360 EA per 30 days)
Agentes mucolíticos		
<i>deep sea nasal spray</i>	T3	
<i>nasal moisturizing spray</i>	T3	
<i>saline mist spray</i>	T3	
<i>saline nasal spray</i>	T3	
<i>sm nasal spray saline</i>	T3	
Preparados nasales (esteroides)		
<i>allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>budesonide nasal</i>	T3	
<i>ft allergy relief 24 hr</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>gnp 24 hour nasal allergy</i>	T3	
<i>gnp budesonide nasal spray</i>	T3	
<i>gnp fluticasone propionate</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>goodsense 24-hr allergy nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>goodsense nasal allergy spray</i>	T3	
<i>hm 24 hour nasal allergy</i>	T3	
<i>hm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>nasal allergy 24 hour</i>	T3	
<i>qc allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>sm allergy relief nasal</i>	T3	QL (16 ML per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol</i>	T3	
Antihistamínicos de segunda generación (vías respiratorias)		
<i>12hr allergy relief</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>24hr allergy relief</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>all day allergy oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>allergy childrens oral suspension</i>	T3	QL (1200 ML per 30 days)
<i>allergy rel child (loratadine)</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>allergy relief (cetirizine) oral capsule</i>	T3	
<i>allergy relief (cetirizine) oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief cetirizine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>cetirizine hcl oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable</i>	T3	
<i>childrens loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy 24 hour</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft all day allergy childrens</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>ft all day allergy relief</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy childrens</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>ft allergy relief 12 hour</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief 24 hour</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief cetirizine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief childrens oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable</i>	T1	
<i>ft allergy relief loratadine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>ft allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp all day allergy</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp all day allergy childrens oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>gnp all day allergy relief</i>	T3	
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp loratadine childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>gnp loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>gnp loratadine oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense all day allergy oral solution</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>goodsense all day allergy oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>goodsense aller-ease</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>goodsense allergy relief child</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm all day allergy childrens</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm cetirizine hcl</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>hm loratadine</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
KLS ALLERCLEAR	T3	QL (30 EA per 30 days)
KLS ALLER-TEC	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>loratadine childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>loratadine childrens oral tablet chewable</i>	T1	
<i>loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>loratadine oral tablet</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>qc allergy relief (cetirizine)</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 10 mg</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>qc allergy relief oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm all day allergy</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	T1	QL (300 ML per 30 days); AL (Max 12 Years)
<i>sm all day allergy relief</i>	T1	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm allergy childrens oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>sm allergy relief oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm allergy relief oral tablet dispersible</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	T3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sm loratadine oral solution</i>	T3	QL (300 ML per 30 days)
<i>sm loratadine oral tablet</i>	T3	QL (30 EA per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
Agentes para la piel y las membranas mucosas		
Alilaminas (piel y membranas mucosas)		
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	T3	
<i>ft athletes foot (terbinafine)</i>	T3	
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	T3	
<i>sm athletes foot external cream</i>	T3	
<i>terbinafine hcl external</i>	T3	
Antibacterianos (84:04)		
<i>bacitracin external</i>	T3	
<i>bacitracin zinc external</i>	T3	
<i>bacitracin zinc-aloe</i>	T3	
<i>double antibiotic</i>	T3	
<i>ft antibiotic</i>	T3	
<i>ft double antibiotic</i>	T3	
<i>ft triple antibiotic</i>	T3	
<i>gnp bacitracin zinc</i>	T3	
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	T3	
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	T3	
<i>poly bacitracin external ointment 500-10000 unit/gm</i>	T3	
<i>qc triple antibiotic</i>	T3	
<i>sm antibiotic</i>	T3	
<i>sm double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic max st</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic original</i>	T3	
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000</i>	T3	
<i>triple antibiotic plus</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>triple antibiotic+pain relief</i>	T3	
Antipruriginosos y anestésicos locales		
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	T3	
BANOPHEN EXTERNAL	T3	
<i>burn relief external gel</i>	T3	
<i>dibucaine external</i>	T3	
<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	T3	
DOLOGESIC PAIN RELIEF ROLL-ON	T3	
ENEMEEZ PLUS	T3	
<i>ft anti-itch extra strength</i>	T3	
<i>gnp anti-itch external cream</i>	T3	
<i>gnp itch relief spray</i>	T3	
<i>gnp lidocaine pain relieving</i>	T3	
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>hemorrhoidal external cream</i>	T3	
<i>itch relief extra strength</i>	T3	
LIDAFLEX	T3	
<i>lidocaine external cream 4 %</i>	T3	
<i>lidocaine hcl external cream 4 %</i>	T3	
<i>lidocaine pain relief max st external cream</i>	T3	
<i>lidocaine pain relief max st external liquid</i>	T3	
<i>poison ivy wash external lotion</i>	T3	
<i>pramoxine hcl (perianal)</i>	T3	
<i>pramoxine hcl external</i>	T3	
PROCTOFOAM EXTERNAL	T3	
<i>sm anti-itch extra strength</i>	T3	
<i>sm triple antibiotic max st</i>	T3	
<i>sore throat mouth/throat lozenge 15-3.6 mg</i>	T3	
<i>triple antibiotic plus</i>	T3	
<i>triple antibiotic+pain relief</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>true lido</i>	T3	
Antivirales (piel y membranas mucosas)		
<i>docosanol external</i>	T3	
<i>ft docosanol</i>	T3	
<i>gnp docosanol</i>	T3	
Astringentes (84:12)		
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	T3	
<i>diaper rash external ointment</i>	T3	
<i>gnp calamine</i>	T3	
<i>gnp zinc oxide</i>	T3	
<i>sm calamine</i>	T3	
Z-BUM EXTERNAL CREAM 22 %	T3	
<i>zinc oxide external ointment 20 %, 25 %</i>	T3	
ZINCTRAL	T3	
Astringentes, antiinfecciosos		
<i>anti-dandruff</i>	T3	
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	T3	
BETADINE	T3	
BETADINE SURGICAL SCRUB	T3	
BETADINE SWABSTICKS	T3	
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	T3	
<i>dandruff shampoo external lotion</i>	T3	
<i>first aid antiseptic external ointment</i>	T3	
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>gnp povidone-iodine</i>	T3	
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	T3	
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>sm povidone-iodine</i>	T3	
SUMMERS EVE DISP MEDICATED	T3	
Azoles (piel y membranas mucosas)		

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>3 day vaginal</i>	T3	
<i>7 day vaginal</i>	T3	
<i>alevazol</i>	T3	
<i>antifungal (clotrimazole)</i>	T3	
<i>antifungal clotrimazole</i>	T3	
<i>antifungal external cream 2 %</i>	T3	
<i>antifungal external powder</i>	T3	
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	T3	
<i>athletes foot external cream</i>	T3	
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 2 %</i>	T3	
<i>clotrimazole anti-fungal</i>	T3	
<i>clotrimazole athletes foot</i>	T3	
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	T3	
<i>ft antifungal external cream 2 %</i>	T3	
<i>ft athletes foot (clotrimaz)</i>	T3	
<i>ft miconazole 7</i>	T3	
<i>gnp athletes foot external cream</i>	T3	
<i>gnp clotrimazole 3</i>	T3	
<i>gnp miconazole 1</i>	T3	
<i>gnp miconazole 3</i>	T3	
<i>gnp miconazole 7</i>	T3	
<i>gnp miconazorb af</i>	T3	
<i>miconazole 3 combo pack</i>	T3	
<i>miconazole 3 combo-supp</i>	T3	
<i>miconazole 7</i>	T3	
<i>miconazole nitrate external cream</i>	T3	
<i>miconazole nitrate external solution</i>	T3	
MICOTRIN AC	T3	
MICOTRIN AP	T3	
MYCOZYL AC	T3	
MYCOZYL AP	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>qc clotrimazole external</i>	T3	
<i>qc miconazole 7 vaginal cream</i>	T3	
<i>sm 3-day vaginal</i>	T3	
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	T3	
<i>sm miconazole 3</i>	T3	
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	T3	
<i>sm miconazole 7</i>	T3	
<i>tm-clotrimazole</i>	T3	
<i>votriza-al</i>	T3	
Lociones y linimentos básicos		
<i>ammonium lactate external</i>	T3	
LAC-HYDRIN FIVE	T3	
LUBRISOFT	T3	
<i>mineral oil-hydrophil petrolat external</i>	T3	
MINERIN	T3	
Aceites básicos y otros disolventes		
<i>gnp hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>goodsense hemorrhoidal rectal ointment</i>	T3	
<i>hemorrhoidal external cream</i>	T3	
<i>hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>mineral oil-hydrophil petrolat external</i>	T3	
<i>sm hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
Ungüentos y protectores básicos		
<i>baby skin protectant</i>	T3	
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	T3	
<i>daily moisturizer</i>	T3	
<i>gnp calamine</i>	T3	
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone/aloe max str</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
MINERIN CREME	T3	
<i>petrolatum external ointment</i>	T3	
<i>sm calamine</i>	T3	
<i>sm hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
Bencilaminas (piel y membranas mucosas)		
<i>butenafine hcl</i>	T3	
Estimulantes y proliferantes celulares		
<i>gnp hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>goodsense hemorrhoidal</i>	T3	
<i>hair regrowth treatment men external solution</i>	T3	
<i>hemorrhoidal external cream</i>	T3	
<i>hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>hemorrhoidal rectal suppository 0.25-88.44 %</i>	T3	
<i>minoxidil for men external solution 5 %</i>	T3	
<i>sm hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
Corticosteroides (piel, membranas mucosas)		
<i>anti-itch maximum strength external cream 1 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
AQUANIL HC	T3	QL (120 ML per 30 days)
<i>ft itch relief max strength</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>ft itch relief/aloe max str</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>goodsense anti-itch max str</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>goodsense anti-itch maximum st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 0.5 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone max st/12 moist</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone/aloe max str</i>	T3	
<i>qc hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone external cream 1 %</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone max st</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
<i>sm hydrocortisone plus</i>	T3	QL (60 GM per 30 days)
Detergentes		
CETAPHIL EXTERNAL LIQUID	T3	
CETAPHIL GENTLE CLEANSER EXTERNAL LIQUID	T3	
Emolientes, demulcentes y protectores		
<i>gnp hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>goodsense hemorrhoidal rectal ointment</i>	T3	
<i>hemorrhoidal external cream</i>	T3	
<i>hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
<i>sm hemorrhoidal rectal ointment 0.25-14-74.9 %</i>	T3	
Agentes queratolíticos		
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	T3	PA
ATRIX MEDICATED FORMULA	T3	
<i>corn & callus remover</i>	T3	
DERMACINRX ATRIX ANTIBAC WASH	T3	
DERMACINRX ATRIX CLARIFY TONER	T3	
DHS SAL	T3	
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	T2	PA
<i>gnp callus removers</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>gnp corn removers</i>	T3	
<i>gnp wart remover</i>	T3	
<i>medicated callus removers</i>	T3	
<i>medicated corn removers</i>	T3	
<i>sebex</i>	T3	
<i>therapeutic dandruff</i>	T3	
<i>wart remover maximum strength external liquid</i>	T3	
Antiinfecciosos locales, varios		
<i>acne medication 10</i>	T3	
<i>acne medication 2.5</i>	T3	
<i>acne medication 5</i>	T3	
<i>anti-dandruff</i>	T3	
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	T3	
<i>benzoyl peroxide external gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	T3	
<i>benzoyl peroxide external liquid 10 %</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide wash external liquid</i>	T1	
BETADINE	T3	
BETADINE SURGICAL SCRUB	T3	
BETADINE SWABSTICKS	T3	
<i>bpo foaming cloths external 6 %</i>	T3	
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	T3	
<i>dandruff shampoo external lotion</i>	T3	
DIFFERIN CLEANSER	T3	
<i>first aid antiseptic external ointment</i>	T3	
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>gnp povidone-iodine</i>	T3	
<i>lintera wash</i>	T1	
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	T3	
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	T3	
<i>sm povidone-iodine</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
SUMMERS EVE DISP MEDICATED	T3	
Agentes antiinflamatorios no esteroideos (piel)		
<i>arthritis pain reliever external</i>	T1	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	T1	
<i>ft arthritis pain</i>	T1	
<i>gnp diclofenac sodium</i>	T1	
<i>goodsense arthritis pain external</i>	T1	
<i>sm arthritis pain</i>	T1	
Escabicidas y pediculicidas		
<i>ft lice killing max st</i>	T3	
<i>gnp lice treatment external liquid</i>	T1	QL (120 ML per 30 days)
<i>gnp lice treatment external shampoo</i>	T3	
<i>goodsense lice killing</i>	T1	QL (120 ML per 30 days)
<i>ivermectin external lotion</i>	T3	
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	T3	
<i>lice killing maximum strength external shampoo</i>	T3	
<i>lice killing shampoo max str</i>	T3	
SKLICE	T3	
<i>sm lice killing max strength</i>	T3	
VANALICE	T3	
Agentes para la piel y las membranas mucosas, varios..		
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	T3	PA
<i>arthritis pain reliever external</i>	T1	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	T1	
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	T2	PA
<i>ft arthritis pain</i>	T1	
<i>gnp diclofenac sodium</i>	T1	
<i>goodsense arthritis pain external</i>	T1	
<i>hair regrowth treatment men external solution</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>minoxidil for men external solution 5 %</i>	T3	
<i>sm arthritis pain</i>	T1	
<i>sore throat mouth/throat lozenge 15-3.6 mg</i>	T3	
Tiocarbamatos (piel y membranas mucosas)		
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	T3	
<i>antifungal maximum strength</i>	T3	
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	T3	
<i>ft antifungal external cream 1 %</i>	T3	
<i>gnp tolnaftate</i>	T3	
MICOMITIN	T3	
MICOTRIN AL	T3	
MYCOZYL AL	T3	
<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	T3	
TINACTIN EXTERNAL CREAM	T3	
<i>tm-tolnaftate</i>	T3	
<i>tm-tolnaftate lr</i>	T3	
<i>tolnaftate antifungal external cream</i>	T3	
<i>tolnaftate external cream</i>	T3	
<i>tolnaftate external powder</i>	T3	
TRITOLNACIDE S	T3	
Vitaminas		
Preparados multivitamínicos		
BACMIN	T3	
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	T3	
CEROVITE SENIOR	T3	
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT	T3	
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	T3	
<i>classic prenatal</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
COMPETE	T3	
CORVITA ORAL TABLET	T3	
<i>daily multivitamin</i>	T3	
<i>daily-vite</i>	T3	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	T3	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T3	
DIALYVITE	T3	
DIALYVITE 800 ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE 800 ORAL WAFER	T3	
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	T3	
DIALYVITE 800/ZINC	T3	
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	T3	
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE/ZINC	T3	
DIATROL	T3	
ELDERTONIC ORAL LIQUID	T3	
ESTER-C ORAL TABLET	T3	
FOLIFLEX	T3	
FOLITIN-Z	T3	
<i>gnp essential one daily</i>	T3	
<i>gnp healthy eyes</i>	T3	
<i>gnp little ones childrens</i>	T3	
<i>gnp mega multi for men</i>	T3	
<i>gnp mega multi for women</i>	T3	
<i>gnp one daily mens health 50+</i>	T3	
<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	T3	
<i>gnp one daily womens</i>	T3	
<i>gnp one daily womens 50+</i>	T3	
<i>gnp prenatal</i>	T3	
ICAPS	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
ICAPS AREDS FORMULA	T3	
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	T3	
ICAPS MV	T3	
<i>i-vite</i>	T3	
<i>multiple vitamins-minerals</i>	T3	
MULTITOL-M	T3	
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	T3	
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	T3	
<i>multivitamin/fluoride oral suspension</i>	T3	
NEPHPLEX RX	T3	
NEPHRO-VITE	T3	
NICADAN	T3	
NUTRIFAC ZX	T3	
OCUVITE ADULT 50+	T3	
OCUVITE ADULT FORMULA	T3	
OCUVITE EXTRA	T3	
OCUVITE EYE + MULTI	T3	
OCUVITE EYE HEALTH FORMULA	T3	
OCUVITE-LUTEIN	T3	
ONCOVITE	T3	
<i>one-daily multi caps</i>	T3	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION	T3	
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	T3	
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	T3	
PRESERVISION AREDS	T3	
PRESERVISION AREDS 2	T3	
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT	T3	
PRESERVISION/LUTEIN	T3	
PRORENAL + D	T3	
PRORENAL + D W/ OMEGA-3	T3	
PROSIGHT ORAL TABLET	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>rayavit</i>	T3	
RENAPLEX	T3	
RENAPLEX-D	T3	
STROVITE ONE	T3	
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	T3	
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	T3	
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	T3	
THERA	T3	
<i>tm-vite rx</i>	T3	
UDAMIN SP ORAL TABLET	T3	
VENEXA	T3	
VENEXA FE	T3	
VENTRIXYL FE	T3	
VENTRIXYL ORAL TABLET	T3	
VITA S FORTE	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	
VITRAMYN	T3	
VITRANOL	T3	
VITRANOL FE	T3	
VITREXATE	T3	
VITREXATE FE	T3	
VITREXYL	T3	
VITREXYL + IRON	T3	
Vitamina A		
<i>true vitamin a oral capsule 10000 unit</i>	T3	
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	
Complejo vitamínico B		
<i>b-complex/b-12 oral</i>	T3	
<i>classic prenatal</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
CORVITA ORAL TABLET	T3	
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	T3	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE	T3	
DIALYVITE 800 ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE 800 ORAL WAFER	T3	
DIALYVITE 800/ZINC	T3	
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	T3	
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE/ZINC	T3	
DODEX	T3	
ELDERTONIC ORAL LIQUID	T3	
FERREX 28 ORAL	T3	QL (30 EA per 30 days)
FOLBIC RF	T3	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	T3	
FOLTABS 800	T3	
FOLTANX RF	T3	
<i>gnp little ones childrens</i>	T3	
<i>gnp prenatal</i>	T3	
METAFOLBIC PLUS	T3	
NEPHPLEX RX	T3	
NEPHRON FA	T3	
NEPHRO-VITE	T3	
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	T3	
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	T3	
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	T3	
<i>tm-vite rx</i>	T3	
<i>true folic acid oral tablet 1 mg</i>	T3	
<i>true vitamin b1 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>true vitamin b12</i>	T3	
UDAMIN SP ORAL TABLET	T3	
VENTRIXYL ORAL TABLET	T3	
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	T3	
<i>vitamin b complex w/b-12</i>	T3	
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	T3	
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	T3	
<i>vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg, 250 mcg</i>	T3	
<i>vitamin b-6 oral tablet 25 mg</i>	T3	
Vitamina C		
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	T3	
DIALYVITE	T3	
DIALYVITE 800 ORAL TABLET	T3	
DIALYVITE 800 ORAL WAFER	T3	
DIALYVITE 800/ZINC	T3	
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	T3	
DIALYVITE/ZINC	T3	
FERREX 28 ORAL	T3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gnp little ones childrens</i>	T3	
NEPHPLEX RX	T3	
NEPHRON FA	T3	
NEPHRO-VITE	T3	
<i>tm-vite rx</i>	T3	
<i>true vitamin c</i>	T3	
<i>vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	
Vitamina D		
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	T3	
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	T3	
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	T3	

cursiva en minúscula =

Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos

de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	T3	
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	T3	
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	T3	
DIALYVITE VITAMIN D 5000	T3	
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T3	
DRISDOL ORAL CAPSULE	T3	
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	T3	
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	T3	
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	T3	
OYSCO 500+D ORAL TABLET	T3	
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	T3	
<i>oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	T3	
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	T3	
<i>true vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	T3	
<i>true vitamin d3 oral tablet 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	T3	
<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	T3	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit</i>	T3	
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	T3	
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	T3	
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml</i>	T3	
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	T3	
<i>vitamins acd-fluoride</i>	T3	

cursiva en minúscula =
Medicamentos genéricos

MAYÚSCULAS = Medicamentos
de marca

Nivel del medicamento

T1 = Preferido de la PDL

T2 = No preferido de la PDL

T3 = ADD

Requisitos y límites

AL = Límite de edad

AP = Autorización previa

LC = Límite de cantidad

TE = Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos y límites
WEEKLY-D	T3	
Vitamina E		
<i>aqueous vitamin e oral solution 15 mg/0.67ml</i>	T3	
<i>true vitamin e</i>	T3	
<i>vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)</i>	T3	
<i>vitamin e oral solution 15 mg/0.67ml</i>	T3	
Vitamina K Actividad		
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	T3	
<i>phytonadione oral</i>	T3	
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	T3	



CS 2313

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos.
Todas las personas representadas son modelos.

ID del formulario: 26321

Esta Lista de medicamentos cubiertos fue actualizada con fecha 02/18/2026. Para obtener información más reciente o realizar otras preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de First Choice VIP Care al **1-888-996-0499 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., o visite **www.firstchoicevipcare.com**.