

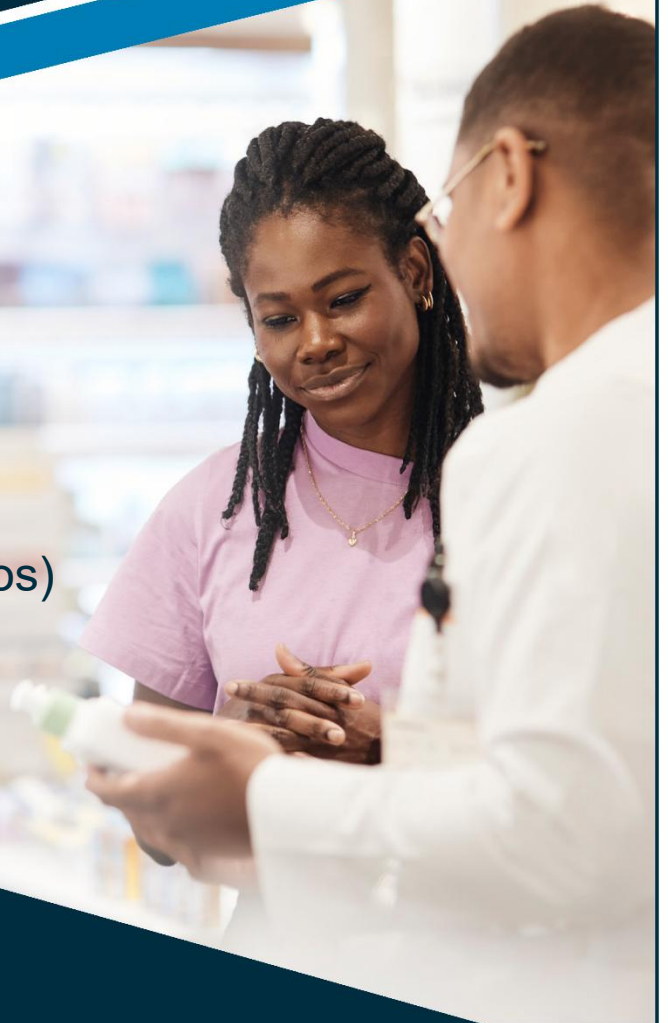


AmeriHealth Caritas™

VIP Care®

Formulario 2025

(Listado de medicamentos cubiertos)



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

Archivo de formulario aprobado por el HPMS
ID de entrega: 00025402

Este formulario se actualizó el 05/27/2025 Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contacte a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-833-535-3767** o al **711** para los usuarios de TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, o visite **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)

Formulario 2025

(Listado de medicamentos cubiertos)

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

ID del formulario: 00025402

Este formulario se actualizó el 05/27/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contacte a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-833-535-3767** o al **711** para usuarios de TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, o visite **www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl**

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando este listado de medicamentos (formulario) dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a AmeriHealth First. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care.

Este documento incluye un listado de medicamentos (formulario) para nuestro plan y está actualizado a 06/01/2025. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, deberá usar las farmacias de la red para acceder a sus beneficios de medicamentos con receta. Es posible que los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2025, y en algunas ocasiones durante el año.

¿Qué es el formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?

Un formulario es un listado de medicamentos cubiertos seleccionados por AmeriHealth Caritas VIP Care mediante consulta con un equipo de proveedores médicos, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, AmeriHealth Caritas VIP Care cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta médica se surta en una farmacia de la red de AmeriHealth Caritas VIP Care y se respeten otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario (listado de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero. Sin embargo, AmeriHealth Caritas VIP Care podría agregar o quitar medicamentos del Listado de medicamentos durante el año o añadir nuevas restricciones. Debemos cumplir con las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

Cambios que pueden afectar a los miembros este año: en los casos siguientes, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Cambios sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos si lo estamos reemplazando por un medicamento genérico nuevo con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregando ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaban en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente usted toma ese medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le avisemos de antemano que realizaremos ese cambio, pero luego le brindaremos la información con los cambios específicos que realizamos.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento de marca. El aviso que le brindemos también incluirá la información sobre los pasos a seguir para pedir una excepción. También puede encontrar información en la sección que aparece más adelante llamada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?".

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos de inmediato de nuestro formulario y enviaremos un aviso a aquellos miembros que estén tomándolo.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, es posible que agreguemos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario o agreguemos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas cosas. También es posible que realicemos cambios según guías clínicas nuevas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos autorización previa, límites en la cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio se haga efectivo, o cuando el miembro solicite una recarga del medicamento, en cuyo caso recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento de marca. El aviso que le brindemos también incluirá la información sobre los pasos a seguir para pedir una excepción. También puede encontrar información en la sección que aparece más adelante llamada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?".

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si usted toma un medicamento incluido en nuestro formulario 2025 que estaba cubierto a principio de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2025 excepto en los casos ya mencionados. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, esos cambios podrían afectarle a usted y es importante que revise el Listado de medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio que pueda producirse en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a 06/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

El formulario se actualiza mensualmente durante todo el año y el listado de medicamentos puede cambiar. Si hay cambios negativos en el formulario fuera de las actualizaciones por mantenimiento de rutina, como retirar un medicamento de nuestro formulario, agregar una autorización previa, límites en la cantidad y/o restricciones de terapia escalonada con respecto a un medicamento, nuestro plan le enviará una notificación por escrito mediante correo postal.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se incluyen en la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría en que debe buscar, busque su medicamento en el Índice que comienza en la página 112. El Índice contiene una lista, por orden alfabético, de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde podrá encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna del listado.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

AmeriHealth Caritas VIP Care cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA e indica que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes del estado.

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

Cuando hablamos de medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Debido a que los productos biológicos son medicamentos más complejos que los habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se conocen como biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como los productos biológicos originales y es posible que tengan un costo menor. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables, y según las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una prescripción médica nueva, de la misma manera en que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Para obtener más información acerca de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5, sección 3.1 "La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos," del Evidencia de cobertura.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos son algunos de los requisitos o límites:

- **Autorización previa:** AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará conseguir la aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care para poder surtir sus recetas médicas. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra los medicamentos si usted no obtiene esta aprobación.
- **Límites en la cantidad:** Para ciertos medicamentos, AmeriHealth Caritas VIP Care limita la cantidad del medicamento que cubrirá AmeriHealth Caritas VIP Care. Por ejemplo, AmeriHealth Caritas VIP Care permite 30 tabletas cada 30 días de suministro de una receta médica de digoxin. Esto puede agregarse a un suministro estándar de un mes o de 100 días.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección para que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, AmeriHealth Caritas VIP Care entonces cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene algún otro límite o requisito, puede consultar el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos a través de nuestro sitio de Internet. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Puede pedir a AmeriHealth Caritas VIP Care que haga una excepción a estas restricciones o límites o solicitar un listado de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?” en la página vi para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (listado de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Si se entera que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios al Miembro un listado de medicamentos similares que estén cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care. Cuando reciba el listado, muéstreselo a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que sí esté cubierto por AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Puede solicitar a AmeriHealth Caritas VIP Care que haga una excepción para cubrir su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care?

Puede pedir a AmeriHealth Caritas VIP Care que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitarnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción con respecto a las restricciones de cobertura incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, AmeriHealth Caritas VIP Care limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite en la cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, AmeriHealth Caritas VIP Care solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o las restricciones de uso adicionales no fueran tan eficaces en el tratamiento de su enfermedad y/o le provocaran efectos adversos en su salud.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de formulario o de restricción de uso. **Cuando solicite una excepción de formulario o de restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o del profesional que receta el medicamento que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo del profesional que receta el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría perjudicarse gravemente si tuviera que esperar hasta 72 horas para obtener una decisión. Si se le concede su solicitud acelerada, debemos informarle sobre nuestra decisión dentro de las 24 horas a partir del momento en que se recibió la declaración de respaldo por parte de su médico o del profesional que receta el medicamento.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario. O quizás esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestro formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder surtir su receta médica. Debe hablar con su médico para decidir si cambia el medicamento por otro apropiado que cubrimos o solicitar una excepción al formulario de modo que podamos cubrir el medicamento que toma. Mientras

evalúa con su médico el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario, o en caso de que su capacidad para obtenerlos sea limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica indica menos días, permitiremos recargas para brindar un suministro máximo de 30 días de su medicación. Después de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar estos medicamentos, incluso si es miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro médico de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o su capacidad para obtenerlo es limitada, pero tiene más de 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita la excepción al formulario.

A los miembros que tengan un cambio en el nivel de atención (ámbito) se les permitirá hasta un suministro de transición de 30 días por medicamento por única vez. Por ejemplo, a estos miembros:

- Quienes ingresan a centros de cuidado a largo plazo (LTC) luego de recibir el alta en los hospitales a veces tienen una lista de medicamentos del formulario que le da el hospital al momento del alta y que tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (con frecuencia, menos de 8 horas).
- Quienes reciben el alta de un hospital y vuelven a su hogar.
- Quienes finalizan su admisión hospitalaria en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan volver a su Listado de medicamentos de la Parte D.
- Quienes terminan su admisión hospitalaria en un centro médico de cuidado a largo plazo y vuelven a la comunidad.

Si un miembro tiene más de un cambio de nivel de atención en un mes, la farmacia deberá llamar a nuestro plan para solicitar una extensión de la política de transición.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de farmacia de AmeriHealth Caritas VIP Care, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre AmeriHealth Caritas VIP Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, comuníquese con Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <https://www.medicare.gov>.

Formulario de AmeriHealth Caritas VIP Care

El formulario que comienza en la siguiente página brinda información sobre la cobertura de los medicamentos que cubre AmeriHealth Caritas VIP Care. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en el listado, diríjase al Índice que comienza en la página 112.

La primera columna del cuadro indica el nombre de los medicamentos. 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 de Requisitos/Límites le indica si AmeriHealth Caritas VIP Care tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Lista de abreviaturas

B/D: este medicamento con receta tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto en la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que deba presentarse información que describa el uso y el entorno hospitalario del medicamento para tomar una decisión.

LC: Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, AmeriHealth Caritas VIP Care limita la cantidad del medicamento que cubrirá el plan. Por ejemplo, nuestro plan brinda 9 comprimidos por receta médica para 30 días de sumatriptan succinate.

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

AP: Autorización previa. AmeriHealth Caritas VIP Care requiere que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará conseguir la aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care para poder surtir sus recetas médicas. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra los medicamentos si usted no obtiene esta aprobación.

MME: Indica un límite adicional en la cantidad de medicamentos opioides en base al equivalente de miligramos de morfina (MME). MME se usa para determinar y monitorear la seguridad de la dosis y de la duración del tratamiento. Si la cantidad de opioides recetados supera el límite, pero es necesario, el profesional que lo receta puede solicitar al plan que cubra la cantidad adicional.

NMO: Esta receta médica no puede surtirse mediante las farmacias que ofrecen pedido por correo. Consulte su *Directorio de farmacias* para obtener más información sobre qué farmacias ofrecen el servicio de pedido por correo. Para recibir más información, consulte su *Directorio de farmacias* o llame al departamento de Servicios al Miembro.

Medicamentos bajo receta de la Parte D

Deducible: \$0

Medicamentos bajo receta de la Parte D (Costo compartido de venta estándar)

Suministro para un mes, suministro para dos meses y suministro para tres meses

Copago: \$0

Medicamentos de la Parte B

Ciertos medicamentos están cubiertos por la Parte B, como medicamentos orales contra el cáncer o un medicamento inyectable administrado por un médico. Costo compartido de \$0 para medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B.

Suministros para la diabetes

Roche es el fabricante preferido de suministros para la diabetes de AmeriHealth Caritas VIP Care. Cualquier producto para diabéticos que no sea fabricado por Roche necesitará una autorización previa.

Límites de suministro diario

Tipo de farmacia	Suministro de días máx.
Minorista	1-30 días = 1 mes de suministro 31-60 días = 2 meses de suministro 61-100 días = 3 meses de suministro
Pedido por correo	61-100 días = 3 meses de suministro
Cuidado a largo plazo	0-31 días = 1 mes de suministro Suministro de otros días permitido = suministro de 14 días
Fuera de la red	1-30 días = 1 mes de suministro

2025 AmeriHealth VIP Care FL DSNP

Formulario para miembros 2025

ID del formulario 25402

ACTUALIZADO CON FECHA DE 6/1/2025

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Analgésicos: tratamiento del dolor		
Analgésicos		
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1	AP
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	AP; MME
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	AP
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	AP
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	AP; MME
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	AP
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml</i>	1	
Antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1	LC (1000 GM para 28 días)
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	LC (20 EA para 30 días)
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
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>	1	LC (4 EA para 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	1	AP; MME; LC (10 EA para 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	1	MME; LC (10 EA para 30 días)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MME; LC (600 ML para 30 días)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MME; LC (1200 ML para 30 días)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	AP; MME; LC (120 EA para 30 días)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MME; LC (180 EA para 30 días)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1	AP; MME

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MME; LC (60 EA para 30 días)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	AP; MME; LC (90 EA para 30 días)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 80 mg</i>	1	AP; MME; LC (60 EA para 30 días)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	AP; MME; LC (90 EA para 30 días)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG	1	AP; MME; LC (60 EA para 30 días)
Analgésicos opioides, acción corta		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml, 300-30 mg/12.5ml</i>	1	MME; LC (2700 ML para 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	1	MME; LC (180 EA para 30 días)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	1	MME; LC (5 ML para 30 días)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MME
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	AP; MME; LC (120 EA para 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	1	MME; LC (2700 ML para 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MME; LC (180 EA para 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	MME; LC (240 EA para 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	MME
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	1	MME; LC (600 ML para 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MME; LC (180 EA para 30 días)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	1	MME
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml, 20 mg/ml</i>	1	MME
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	1	MME; LC (120 EA para 30 días)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MME; LC (1200 ML para 30 días)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MME; LC (180 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent 15 mg</i>	1	MME; LC (120 EA para 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MME; LC (180 EA para 30 días)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet 50-0.5 mg</i>	1	MME
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MME; LC (120 EA para 30 días)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	MME; LC (240 EA para 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	MME; LC (240 EA para 30 días)
Anestésicos: tratamiento local del dolor		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	LC (50 GM para 30 días)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	1	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
Medicamentos contra la adicción/ para tratamiento de abuso de sustancias		
Dependencia de opioides		
<i>lofexidine hcl oral tablet 0.18 mg</i>	1	AP; LC (224 EA para 14 días)
Medicamentos contra la adicción/ para tratamiento de abuso de sustancias: tratamiento de trastornos de abuso de sustancias		
Medicamentos disuasorios/reductores del deseo de consumir alcohol		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
Antagonistas opioides		
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1	
OPVEE NASAL SOLUTION 2.7 MG/0.1ML	1	
REXTOVY NASAL LIQUID 4 MG/0.25ML	1	
Medicamentos para dejar de fumar		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	1	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	1	LC (56 EA para 28 días)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	LC (56 EA para 28 días)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet 1 mg</i>	1	LC (56 EA para 28 días)
Antibacterianos: tratamiento de infecciones bacterianas		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	AP
<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>	1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	1	
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted 1.2 gm</i>	1	
Antibacterianos (antibióticos), otros		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	1	
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	1	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500-500 MG	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	AP
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	1	
<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>	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 1.75 gm, 10 gm, 100 gm, 2 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	1	LC (40 EA para 10 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	1	LC (80 EA para 10 días)
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION 2-0.25 GM/50ML, 3-0.375 GM/50ML, 4-0.5 GM/100ML	1	
Medicamentos betalactámicos, Cefalosporin		
<i>cefactor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	1	
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection solution prefilled syringe 3 gm/30ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolin sodium intravenous solution prefilled syringe 1 gm/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/20ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 3 gm</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/100ml</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>cefepime-dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefoxitin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-2.2 gm-%(50ml)</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 100 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-3.74 gm-%(50ml), 2-2.22 gm-%(50ml)</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	1	AP
Medicamentos 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	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/100ml</i>	1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 2 gm/50ml</i>	1	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<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, 3-0.375 gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4-0.5 gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem-sodium chloride intravenous solution reconstituted 1 gm/50ml, 500 mg/50ml</i>	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<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>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	1	AP; LC (136 ML para 10 días)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	AP; LC (20 EA para 10 días)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	1	
<i>erythrocin stearate oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	1	
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>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-800 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
Anticonvulsivos: tratamiento de convulsiones		
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	LC (600 ML para 30 días)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	AP; LC (360 EA para 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	1	AP; LC (360 EA para 30 días)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	AP
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	AP; LC (480 ML para 30 días)
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	AP
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	TE; LC (720 ML para 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	TE; LC (30 EA para 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	TE; LC (60 EA para 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	1	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	1	TE; LC (90 EA para 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	1	TE; LC (360 EA para 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	1	TE; LC (180 EA para 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	1	TE; LC (120 EA para 30 días)
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	1	TE; LC (56 EA para 28 días)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	1	TE; LC (56 EA para 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	TE; LC (30 EA para 30 días)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	TE; LC (60 EA para 30 días)
XCOPRI ORAL TABLET 25 MG	1	TE
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	1	TE; LC (28 EA para 28 días)
Medicamentos modificadores de canales de calcio		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	
Medicamentos potenciadores del ácido gamma-aminobutírico (Gaba)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	LC (480 ML para 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	LC (270 EA para 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	LC (360 EA para 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml, 300 mg/6ml</i>	1	LC (2160 ML para 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	AP; LC (10 EA para 30 días)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	AP; LC (10 EA para 30 días)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	AP
<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>	1	AP
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	LC (900 ML para 30 días)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	TE; LC (60 EA para 30 días)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	1	AP; LC (10 EA para 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML, 7.5 MG/0.1ML	1	AP; LC (10 EA para 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML, 2 X 10 MG/0.1ML	1	AP; LC (10 EA para 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	1	AP; LC (10 EA para 30 días)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	AP
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	AP; LC (1100 ML para 30 días)
Medicamentos para canales de sodio		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	1	
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	1	LC (1200 ML para 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	1	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable 50 mg</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 100 mg/4ml, 125 mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	1	AP; LC (2400 ML para 30 días)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	AP; LC (240 EA para 30 días)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	1	TE; LC (900 ML para 30 días)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
Medicamentos contra la demencia: manejo de la demencia		
Medicamentos contra la demencia, otros		
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	1	
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	1	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	
<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	LC (60 EA para 30 días)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
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>	1	LC (30 EA para 30 días)
<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	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	AP; LC (28 EA para 14 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	AP; LC (14 EA para 14 días)
Inhibidores de la monoaminooxidasa		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	
Isrs/Isrn (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina)		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/10ml</i>	1	
<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>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<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	1	TE; LC (30 EA para 30 días)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	TE
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	LC (900 ML para 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 150 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
<i>amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	1	AP; LC (150 EA para 30 días)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	AP
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	AP; LC (450 ML para 30 días)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>imipramine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	LC (2250 ML para 30 días)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
Antieméticos: tratamiento de vómitos o náuseas		
Antieméticos, otros		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml, 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	1	LC (3600 ML para 30 días)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>promethazine vc oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	1	AP
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	1	AP
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	LC (10 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
Coadyuvantes de terapia emetógena		
<i>aprepitant oral 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	1	B/D
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	B/D; LC (60 EA para 30 días)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML	1	B/D
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	1	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D
Antimicóticos: tratamiento de infecciones fúngicas o candidiasis		
Antimicóticos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	1	AP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	LC (45 GM para 28 días)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	LC (30 ML para 28 días)
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	LC (150 EA para 30 días)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	1	AP
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium-nacl intravenous solution 100-0.9 mg/100ml-%, 150-0.9 mg/150ml-%, 50-0.9 mg/50ml-%</i>	1	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	LC (30 GM para 30 días)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	LC (30 GM para 30 días)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	LC (180 GM para 30 días)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7ml</i>	1	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	1	AP; LC (630 ML para 30 días)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	AP; LC (96 EA para 30 días)
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	AP
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	AP
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	AP
Medicamentos contra la gota: tratamiento o prevención de artritis gotosa		
Medicamentos contra la gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	TE

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
Medicamentos contra la migraña: tratamiento de la migraña		
Medicamentos contra la migraña		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	1	AP; LC (16 EA para 30 días)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	AP; LC (16 EA para 30 días)
ZAVZPRET NASAL SOLUTION 10 MG/ACT	1	AP; LC (8 EA para 30 días)
Alcaloides ergóticos		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	AP; LC (8 ML para 30 días)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	1	AP
Profilácticos		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	AP; LC (1 ML para 28 días)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
Agonista del receptor de serotonina (5-Ht)		
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	LC (36 EA para 28 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	LC (36 EA para 28 días)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	1	LC (12 EA para 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	1	LC (24 EA para 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	LC (18 EA para 28 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	1	LC (9 ML para 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	1	LC (6 ML para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	LC (6 ML para 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	1	LC (9 ML para 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	1	LC (6 ML para 30 días)
Medicamentos antimiasténicos: tratamiento de la miastenia		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	
Antimicobacterianos: tratamiento de infecciones causadas por organismos del tipo tuberculosis		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
Medicamentos antituberculosos		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	1	AP
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	AP
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	
Antineoplásicos: tratamiento del cáncer		
Medicamentos aquirante		
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i>	1	AP
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	B/D

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	AP
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	AP
Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	1	AP
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	AP
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
Medicamentos antiangiogénicos		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	AP; LC (28 EA para 28 días)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	AP; LC (21 EA para 28 días)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	AP
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	1	AP; LC (28 EA para 28 días)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
Antiestrógenos/Modificadores		
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	1	AP
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	AP
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	AP
Antimetabolitos		

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	AP; LC (5 EA para 28 días)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	1	AP
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	AP; LC (14 EA para 28 días)
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG	1	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	AP
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	1	AP
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	AP
BORUZU INJECTION SOLUTION 3.5 MG/1.4ML	1	AP
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	1	AP
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	1	AP
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	AP; LC (240 EA para 30 días)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	AP
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	AP; LC (49 EA para 28 días)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	AP; LC (70 EA para 28 días)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	AP; LC (91 EA para 28 días)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG	1	AP
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	1	AP
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	AP; LC (3 EA para 28 días)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UT/5ML	1	AP
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG	1	AP
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	AP; LC (8 EA para 28 días)
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5ML	1	AP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	1	AP
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	AP
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	AP
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	AP
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	AP
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	AP; LC (8 EA para 28 días)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP; LC (16 EA para 28 días)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	AP; LC (4 EA para 28 días)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	AP; LC (8 EA para 28 días)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	AP; LC (4 EA para 28 días)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	AP; LC (24 EA para 28 días)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	AP; LC (8 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	AP; LC (32 EA para 28 días)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
Inhibidores de la aromatasas, 3^a generación		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
Inhibidores de dianas moleculares		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	AP; LC (240 EA para 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	AP; LC (30 EA para 180 días)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	AP; LC (240 EA para 30 días)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	1	AP
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	AP; LC (360 EA para 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	AP; LC (112 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	AP; LC (84 EA para 28 días)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	AP; LC (63 EA para 28 días)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	AP
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg, 25 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	1	AP
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	AP; LC (21 EA para 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	AP; LC (84 EA para 28 días)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	AP; LC (21 EA para 28 días)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	AP; LC (21 EA para 28 días)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	AP; LC (21 EA para 28 días)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	AP; LC (216 ML para 27 días)
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG, 420 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	AP; LC (300 ML para 30 días)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG	1	AP
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	AP; LC (21 EA para 28 días)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	AP; LC (42 EA para 28 días)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	AP; LC (63 EA para 28 días)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	1	AP
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	AP
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	AP
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	AP; LC (1200 ML para 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	AP
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	AP
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	AP
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	AP
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	AP
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	AP
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	AP
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	AP
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG	1	AP
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	AP
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	AP; LC (224 EA para 28 días)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	AP
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	AP; LC (300 EA para 30 días)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	AP; LC (84 EA para 28 días)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	AP
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	AP; LC (840 EA para 28 días)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	AP; LC (112 EA para 28 días)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	AP
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	AP
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	AP; LC (64 EA para 28 días)
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	1	AP; LC (64 EA para 28 días)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	1	AP; LC (21 EA para 21 días)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	1	AP; LC (42 EA para 21 días)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	1	AP; LC (42 EA para 21 días)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	1	AP; LC (63 EA para 21 días)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	AP; LC (300 EA para 30 días)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	AP; LC (28 EA para 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	AP; LC (42 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG	1	AP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	AP; LC (300 ML para 30 días)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	AP; LC (240 EA para 30 días)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	AP; LC (240 EA para 30 días)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
Retinoides		
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	1	AP
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	AP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	AP
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	AP
Adyuvantes de tratamiento		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Antiparasitarios: tratamiento de infecciones parasitarias		
Antihelminéticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	LC (20 EA para 30 días)
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	AP; LC (84 EA para 28 días)
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	1	AP
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	
Medicamentos antiPárkinson: tratamiento de la enfermedad de Párkinson		
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	AP
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	AP
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	AP
Medicamentos antiPárkinson, otros		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	1	TE
Agonistas de la dopamina		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	1	AP
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml</i>	1	AP; LC (90 ML para 30 días)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	1	
<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>	1	
<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>	1	
<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>	1	
<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	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
Inhibidores de la Monoaminooxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
Antipsicóticos: Tratamiento de trastornos del comportamiento y emocionales		
1ª Generación/Típicos		
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 10 mg/5ml, 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>	1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
2ª Generación/Atípicos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	LC (2.4 ML para 56 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	LC (3.2 ML para 56 días)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	LC (1 EA para 28 días)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	LC (1 EA para 28 días)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	LC (900 ML para 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	1	AP; LC (4.8 ML para 365 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	1	AP; LC (3.9 ML para 56 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	1	AP; LC (1.6 ML para 28 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	1	AP; LC (2.4 ML para 28 días)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	1	AP; LC (3.2 ML para 28 días)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	AP; LC (0.75 ML para 28 días)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	AP; LC (1 ML para 28 días)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	AP; LC (1.5 ML para 28 días)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	1	AP; LC (2.25 ML para 28 días)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	AP; LC (0.25 ML para 28 días)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	AP; LC (0.5 ML para 28 días)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	AP
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	LC (3.5 ML para 180 días)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	LC (5 ML para 180 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	LC (0.75 ML para 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	LC (1 ML para 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	LC (1.5 ML para 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	LC (0.25 ML para 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	LC (0.5 ML para 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	LC (0.88 ML para 84 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	LC (1.32 ML para 84 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	LC (1.75 ML para 84 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	LC (2.63 ML para 84 días)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	AP; LC (1 EA para 28 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
RISPERIDONE MICROSPHERES ER INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	LC (2 EA para 28 días)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	LC (480 ML para 30 días)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	1	AP; LC (0.28 ML para 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	1	AP; LC (0.35 ML para 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	1	AP; LC (0.42 ML para 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	1	AP; LC (0.56 ML para 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	1	AP; LC (0.7 ML para 56 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	1	AP; LC (0.14 ML para 28 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	1	AP; LC (0.21 ML para 28 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	LC (6 EA para 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	1	AP; LC (2 EA para 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	1	AP; LC (1 EA para 28 días)
Resistentes al tratamiento		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	1	LC (270 EA para 30 días)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	1	LC (270 EA para 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 25 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	LC (540 ML para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos antiespasmódicos: tratamiento de espasmos musculares		
Medicamentos 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>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
Antivirales: tratamiento de infecciones víricas		
Medicamentos anticitomegalovirus (Cmv)		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	AP
PREVYMIS ORAL PACKET 120 MG, 20 MG	1	AP
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	AP
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	
Medicamentos antihepatitis B (Hbv)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	LC (960 ML para 30 días)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	AP
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	LC (240 GM para 30 días)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
Medicamentos antihepatitis C (Hcv)		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	1	AP; LC (150 EA para 30 días)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	1	AP; LC (28 EA para 28 días)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	AP; LC (28 EA para 28 días)
Medicamentos 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>	1	B/D
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	
Medicamentos anti-VIH, Inhibidores de la Integrasa (Insti)		
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	LC (120 EA para 30 días)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	LC (180 EA para 30 días)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	LC (120 EA para 30 días)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	LC (180 EA para 30 días)
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
Medicamentos anti-VIH, Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (Nnrti)		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	LC (1200 ML para 30 días)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos anti-VIH, Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (Nnrti)		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	LC (960 ML para 30 días)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	LC (1920 ML para 30 días)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
Medicamentos anti-VIH, otros		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML	1	LC (52 ML para 365 días)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML	1	LC (42 ML para 365 días)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	LC (1840 ML para 30 días)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	LC (240 EA para 30 días)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	LC (120 EA para 30 días)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	1	LC (10 EA para 365 días)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	1	LC (8 EA para 365 días)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	1	LC (10 EA para 365 días)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	1	LC (6 ML para 365 días)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	1	LC (180 EA para 30 días)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
Medicamentos anti-VIH, Inhibidores de la Proteasa (IP)		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	LC (390 ML para 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	LC (300 EA para 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	LC (360 EA para 30 días)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	LC (400 ML para 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	1	LC (180 EA para 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	1	LC (300 EA para 30 días)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	LC (360 EA para 30 días)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	1	LC (300 EA para 30 días)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	1	LC (120 EA para 30 días)
Medicamentos anti-influenza		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1	LC (84 EA para 180 días)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	1	LC (42 EA para 180 días)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	LC (540 ML para 180 días)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	LC (60 EA para 180 días)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
Antivirales, anti-Coronavirus		
<i>paxlovid (150/100) oral tablet therapy pack 10 x 150 mg & 10 x 100mg</i>	1	LC (20 EA para 5 días)
<i>paxlovid (300/100) oral tablet therapy pack 20 x 150 mg & 10 x 100mg</i>	1	LC (30 EA para 5 días)
<i>paxlovid oral tablet therapy pack 6 x 150 mg & 5 x 100mg</i>	1	LC (11 EA para 5 días)
Antivirales		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	LC (40 EA para 5 días)
Ansiolíticos: tratamiento de la ansiedad o el nerviosismo		
Ansiolíticos, otros		
<i>buspirone 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>	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>	1	LC (300 ML para 30 días)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	LC (150 EA para 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	LC (300 EA para 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	1	LC (300 EA para 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	LC (240 ML para 30 días)
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	LC (240 ML para 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	LC (1200 ML para 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	LC (150 ML para 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	LC (150 ML para 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	LC (150 EA para 30 días)
Medicamentos 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	1	
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	
Reguladores de glucosa en sangre: control de la diabetes		
Medicamentos antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	LC (360 EA para 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1	LC (75 EA para 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1	LC (150 EA para 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
MOUNJARO 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	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	1	AP; LC (10.8 ML para 30 días)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	1	AP; LC (6 ML para 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	1	AP; LC (9 ML para 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
Medicamentos glucémicos		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	LC (4 EA para 30 días)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	LC (4 EA para 30 días)
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	1	LC (4 EA para 30 días)
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	1	LC (4 EA para 30 días)
<i>glucagon emergency injection solution reconstituted 1 mg/ml</i>	1	LC (4 EA para 30 días)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

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

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>insulin aspart injection solution 100 unit/ml</i>	1	
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	1	
<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 0.3 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	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	1	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	1	
<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	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	LC (30 ML para 30 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	1	
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	1	
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	1	
Productos sanguíneos y modificadores: prevención de coágulos y aumento de la producción de células sanguíneas		
Anticoagulantes		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 500 UNIT	1	AP
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	1	LC (74 EA para 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	LC (74 EA para 30 días)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	1	
<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>	1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<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 TABLET 10 MG, 20 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	LC (51 EA para 30 días)
Productos sanguíneos y modificadores, otros		
<i>aminocaproic acid oral solution 0.25 gm/ml</i>	1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	1	
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	1	AP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3ML	1	AP
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	AP
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	1	AP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	1	AP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	AP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
PIASKY INJECTION SOLUTION 340 MG/2ML	1	AP
PROCRT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	1	AP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	1	AP; LC (360 EA para 30 días)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG	1	AP
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	1	AP
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	AP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	AP
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	1	AP
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	AP
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6ML	1	AP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii.
Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	AP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	AP
Medicamentos modificadores de plaqueta		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<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>	1	AP
DOPTLET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	1	AP
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	1	
Medicamentos cardiovasculares: tratamiento de enfermedades cardíacas y de 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>	1	LC (4 EA para 28 días)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>guanfacine hcl oral tablet 2 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
Medicamentos bloqueadores alfa-adrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 4 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 2 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	AP
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>terazosin hcl oral capsule 2 mg, 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
<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	
Medicamentos bloqueadores beta-adrenérgicos		
<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>	1	
<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>	1	
<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>	1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	1	
<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>	1	
Medicamentos 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>	1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<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>	1	AP
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	1	
Medicamentos 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>	1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<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>	1	
<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>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<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	
Medicamentos cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<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>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<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	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	AP; LC (450 ML para 30 días)
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	1	LC (150 ML para 30 días)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	LC (240 EA para 30 días)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	1	AP
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<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>	1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<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	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	1	AP
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
Diuréticos del asa		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	1	
<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>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
Diuréticos, ahorradores de potasio		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<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>	1	
Dislipídemicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid oral tablet 35 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1	LC (240 EA para 30 días)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	1	AP
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	1	AP
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	1	
<i>prevalite oral powder 4 gm/dose</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	1	AP
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	1	AP
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	1	AP
Vasodilatadores arteriales de acción directa		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
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 %	1	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	1	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	1	
Medicamentos para el sistema nervioso central: tratamiento de trastornos del cerebro y la columna vertebral		

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos 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>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg</i>	1	LC (150 EA para 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
Medicamentos 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>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<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>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 27 mg, 54 mg, 72 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<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>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	LC (900 ML para 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	LC (1800 ML para 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
Medicamentos para el sistema nervioso central, otros		
AQNEURSA ORAL PACKET 1 GM	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
AUSTEDO PATIENT TITRATION KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 6 & 9 & 12 MG	1	AP; LC (70 EA para 28 días)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	1	AP
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	1	AP; LC (240 ML para 30 días)
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG	1	AP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	AP; LC (28 EA para 180 días)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML	1	AP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML	1	AP
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	AP
Medicamentos para la fibromialgia		
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	TE; LC (60 EA para 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	TE; LC (55 EA para 180 días)
Medicamentos para la esclerosis múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	1	AP; LC (120 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	AP; LC (14 EA para 28 días)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1	AP; LC (14 EA para 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	1	AP
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	AP; LC (30 ML para 30 días)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	AP; LC (12 ML para 28 días)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	AP; LC (30 ML para 30 días)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	AP; LC (12 ML para 28 días)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	AP
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	AP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	1	AP; LC (12 EA para 180 días)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	1	AP; LC (7 EA para 180 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	1	AP; LC (20 ML para 180 días)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920-23000 MG-UT/23ML	1	AP; LC (23 ML para 180 días)
PONVORY ORAL TABLET 20 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 2-3-4-5-6-7-8-9 & 10 MG	1	AP; LC (14 EA para 180 días)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML	1	AP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6X8.8 & 6X22 MCG	1	AP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML	1	AP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6X8.8 & 6X22 MCG	1	AP
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 0.25 MG, 0.5 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 X 0.23MG & 3 X 0.46MG	1	AP; LC (7 EA para 180 días)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK 0.23MG & 0.46MG 0.92MG(21)	1	AP; LC (28 EA para 180 días)
Medicamentos odontológicos y bucales: tratamiento de trastornos de la boca y las encías		
Medicamentos odontológicos y bucales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetanide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos dermatológicos: tratamiento de afecciones de la piel		
Medicamentos para el acné y la rosácea		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	AP
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	1	
<i>amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-5 %</i>	1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>tazarotene external cream 0.05 %</i>	1	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	LC (45 GM para 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	1	LC (45 GM para 30 días)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
Medicamentos para la dermatitis y el prurito		
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	LC (120 ML para 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	LC (120 ML para 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	1	LC (120 ML para 30 días)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	LC (50 ML para 30 días)
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	1	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	1	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	1	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	1	AP; LC (90 GM para 30 días)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	AP
FLAC OTIC OIL 0.01 %	1	
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	1	LC (118.28 ML para 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	LC (118.28 ML para 30 días)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	LC (50 GM para 30 días)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	LC (50 GM para 30 días)
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone butyr lipo base external cream 0.1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	1	
<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>	1	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	1	
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %	1	AP
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	TE
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	TE
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	1	LC (454 GM para 30 días)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone in absorbbase external ointment 0.05 %</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos dermatológicos, otros		
<i>alcohol pad , 70 %</i>	1	
<i>alcohol sheet , 70 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	LC (120 GM para 30 días)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	LC (120 ML para 30 días)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	LC (45 GM para 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	1	LC (60 ML para 28 días)
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	1	AP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	LC (40 GM para 30 días)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	LC (10 ML para 30 días)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	LC (24 EA para 30 días)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	LC (60 GM para 28 días)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	LC (60 GM para 28 días)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	AP; LC (55 EA para 180 días)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	1	AP; LC (15 GM para 30 días)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	LC (180 GM para 30 días)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	
Pediculicidas/Escabidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	LC (59 ML para 30 días)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	1	LC (30 GM para 30 días)
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	LC (30 GM para 30 días)
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	LC (6.6 ML para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	LC (90 GM para 30 días)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	1	LC (120 ML para 30 días)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>ery external pad 2 %</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	LC (30 GM para 30 días)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	LC (30 GM para 30 días)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	LC (45 GM para 30 días)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	1	LC (45 GM para 30 días)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	1	LC (60 GM para 30 días)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	1	LC (59 ML para 30 días)
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	LC (44 GM para 30 días)
<i>penciclovir external cream 1 %</i>	1	LC (5 GM para 30 días)
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>	1	AP
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	1	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	1	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 20-5-0.45 meq/l-%-%</i>	1	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>potassium chloride crystals oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride 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>	1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral solution 10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride (pf) injection solution 0.9 %</i>	1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %</i>	1	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	1	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CUVROR ORAL TABLET 300 MG	1	AP
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	AP
<i>deferasirox oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	AP
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	AP
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	AP
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	1	AP
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	AP
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	1	AP
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	AP
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	1	B/D
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	B/D
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	
<i>levocarnitine sf oral solution 1 gm/10ml</i>	1	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	B/D
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	1	B/D
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	1	
Aglutinantes de fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	LC (360 EA para 30 días)
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	1	LC (360 EA para 30 días)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	1	LC (270 EA para 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	1	LC (180 EA para 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	LC (540 EA para 30 días)
Aglutinantes de potasios		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension 30 gm/120ml</i>	1	
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM	1	LC (30 EA para 30 días)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM	1	LC (90 EA para 30 días)
Vitaminas		
<i>trinatal rx 1 oral tablet 60-1 mg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos gastrointestinales: tratamiento de enfermedades estomacales e intestinales		
Medicamentos antiestreñimiento		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml, 20 gm/30ml</i>	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	1	AP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE)	1	AP; LC (18 ML para 30 días)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 8 MG/0.4ML	1	AP; LC (12 ML para 30 días)
Medicamentos antidiarreicos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	AP
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	AP
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	AP
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	AP; LC (9 EA para 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
Antiespasmódicos, gastrointestinales		

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
Medicamentos gastrointestinales, otros		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG	1	AP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	AP
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML	1	AP
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
VOWST ORAL CAPSULE	1	AP
Antagonistas de los receptores de histamina2 (H2)		
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
Protectores		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 40 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
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	1	AP
<i>betaine oral powder</i>	1	
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	AP
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG	1	AP
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	1	AP
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	1	AP
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3ML	1	AP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	1	AP
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	1	AP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/50ML	1	AP
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/10ML	1	AP
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	AP
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	AP
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	1	AP
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	AP
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	AP
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	AP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	1	AP
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	1	AP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	AP
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	1	AP
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	1	AP
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	1	AP
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML	1	AP
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 0.9 MG	1	AP
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	1	AP
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	1	

**Medicamentos 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>	1	TE; LC (30 EA para 30 días)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	1	LC (300 ML para 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<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>	1	LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

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

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<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>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	
Medicamentos hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (pituitaria): tratamiento de afecciones de la glándula pituitaria		
Medicamentos hormonales, estimulantes/ reemplazantes/ modificadores (pituitaria)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	1	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 MG	1	AP
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 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	1	AP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	1	AP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 24 MG, 6 MG	1	AP
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	AP
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 24 MG/1.2ML, 60 MG/1.2ML	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
NORDITROPIN FLEXPON SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	1	AP
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/2ML	1	AP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 20 MG/2ML	1	AP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MG/2ML	1	AP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	1	AP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	1	AP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	AP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG	1	AP

Medicamentos hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (hormonas sexuales/modificadores): para reemplazar o modificar las hormonas sexuales

Esteroides anabólicos

<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
--	---	--

Androgens

<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	1	AP
<i>testosterone cypionate injection solution 200 mg/ml</i>	1	AP
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	AP
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	AP
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>	1	AP; LC (150 GM para 30 días)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	AP; LC (300 GM para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	1	AP; LC (180 ML para 30 días)
Estrógenos		
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	AP
<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>	1	AP; LC (8 EA para 28 días)
<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>	1	AP; LC (4 EA para 28 días)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG	1	AP
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	1	AP
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	1	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i>	1	
Medicamentos hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.05-0.14 MG/DAY, 0.05-0.25 MG/DAY	1	LC (8 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<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>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	1	
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>luteria oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mcg</i>	1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ocella oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>pimtree oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	1	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	1	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>velivet oral tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg</i>	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
Progestinas		
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	
<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, 800 mg/20ml</i>	1	AP
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	AP
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
Medicamentos modificadores selectivos del receptor de estrógeno		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	1	
Medicamentos hormonales, estimulantes/reemplazantes/modificadores (tiroides): tratamiento de afecciones de la tiroides		
Medicamentos hormonales, estimulantes/ reemplazantes/ modificadores (tiroides)		

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii.
Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
<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	1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
Medicamentos hormonales, supresores (pituitaria): tratamiento o modificación de la secreción hormonal de la pituitaria		
Medicamentos hormonales, supresores (pituitaria)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 42 MG	1	AP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	AP
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	AP
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable 22.5 mg</i>	1	AP
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	1	AP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	1	AP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	AP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	AP
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	AP
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG	1	AP
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	AP
<i>octreotide acetate intramuscular kit 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	AP
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	AP; LC (30 EA para 28 días)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK 300-1-0.5 & 300 MG	1	AP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	AP
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG	1	AP
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	AP
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	AP
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	1	AP
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 4 MG	1	AP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos hormonales, supresores (tiroides): tratamiento de hipertiroidismo		
Medicamentos antitiroideos		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Medicamentos inmunológicos: medicamentos para alterar el sistema inmunológico, incluso vacunas		
Medicamentos para el angioedema		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	1	AP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	1	AP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	1	AP; LC (20 EA para 30 días)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	1	AP; LC (27 ML para 30 días)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG	1	AP
Inmunoglobulinas		
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	1	B/D
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	1	B/D
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	B/D
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	1	B/D
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	B/D
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	1	B/D

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Medicamentos inmunológicos, otros		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	AP; LC (3.6 ML para 28 días)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	AP; LC (3.6 ML para 28 días)
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	AP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	AP
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	AP
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	1	AP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	AP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	AP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	1	AP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	AP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 20 MG/ML, 30 MG/ML	1	AP
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 108 MG/0.68ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	1	AP; LC (2.28 ML para 28 días)
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	1	AP; LC (2.28 ML para 28 días)
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	AP
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	AP; LC (4 ML para 28 días)
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	AP; LC (4 EA para 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML	1	AP; LC (4 ML para 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML	1	AP; LC (1.6 ML para 28 días)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML	1	AP; LC (2.8 ML para 28 días)
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	AP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 210 MG/1.5ML	1	AP
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	1	AP; LC (60 ML para 365 días)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	AP; LC (2.4 ML para 56 días)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	AP; LC (104 ML para 180 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	AP; LC (0.5 ML para 28 días)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	1	AP; LC (0.5 ML para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	1	AP; LC (1 ML para 28 días)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.25ML	1	AP; LC (0.75 ML para 28 días)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.5ML	1	AP; LC (1.5 ML para 28 días)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 200 MG/2ML	1	AP
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	AP
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2ML	1	AP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	1	AP
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	AP; LC (480 ML para 24 días)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 16.6 MG/0.416ML	1	AP
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML	1	AP; LC (16.072 ML para 28 días)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 32.4 MG/0.81ML	1	AP; LC (22.68 ML para 28 días)
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	AP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	AP; LC (4 ML para 28 días)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
Inmunosupresores		

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	1	B/D
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	AP; LC (3 EA para 28 días)
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	AP; LC (2 EA para 28 días)
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	AP; LC (3 EA para 28 días)
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	B/D
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	B/D
<i>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	B/D
<i>engraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	B/D
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML	1	AP; LC (4 ML para 28 días)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML	1	AP; LC (6 ML para 28 días)
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	AP; LC (4 ML para 28 días)
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML	1	AP; LC (6 ML para 28 días)
HUMIRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	AP; LC (6 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	AP; LC (6 EA para 28 días)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	1	AP; LC (2 EA para 28 días)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	1	AP; LC (4 EA para 28 días)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	AP; LC (6 EA para 28 días)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	AP; LC (3 EA para 180 días)
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	AP; LC (4 EA para 180 días)
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	AP; LC (3 EA para 180 días)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	B/D
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	B/D
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	B/D
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	B/D
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	1	AP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	1	AP
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	B/D
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOL INJECTION INJECTABLE	1	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	LC (2 EA para 999 días)
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	B/D
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii.
Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	1	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	1	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	
Medicamentos para enfermedad inflamatoria intestinal: tratamiento de la colitis ulcerativa o la enfermedad de Crohn		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	1	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii.
Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	LC (90 EA para 30 días)
<i>dexamethasone intensol oral concentrate 1 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<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), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	

Medicamentos para la enfermedad metabólica ósea: tratamiento de enfermedades metabólicas óseas incluso osteoporosis

Medicamentos para la osteopatía metabólica

<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	LC (4 EA para 28 días)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	1	
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	LC (1 EA para 28 días)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	LC (1 ML para 180 días)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	LC (1 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	LC (4 EA para 28 días)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML, 600 MCG/2.4ML, 620 MCG/2.48ML	1	AP; LC (2.48 ML para 28 días)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	AP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	AP
YORVIPATH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 168 MCG/0.56ML, 294 MCG/0.98ML, 420 MCG/1.4ML	1	AP
Medicamentos oftálmicos: tratamiento de afecciones de los ojos		
Medicamentos oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	1	AP
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.002 %	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
XDEMYV OPTHALMIC SOLUTION 0.25 %	1	AP
Medicamentos antialérgicos oftálmicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>ak-poly-bac ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	1	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	1	
Medicamentos oftálmicos bloqueadores beta-adrenérgicos		
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
Medicamentos oftálmicos para reducir la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	TE
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	TE
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	1	TE
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	
Análogos oftálmicos de la prostaglandina y la prostamida		
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	
Medicamentos óticos: tratamiento de afecciones de los oídos		
Medicamentos para enfermedades del oído		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	LC (7.5 ML para 7 días)
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %, 3.5-10000-1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	
Medicamentos para las vías respiratorias/pulmones: tratamiento de afecciones respiratorias		
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %, 137 mcg/spray</i>	1	LC (60 ML para 30 días)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	AP
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	1	AP
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	1	AP
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	AP
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	1	LC (3600 ML para 30 días)
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	1	B/D; LC (120 ML para 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	1	B/D; LC (60 ML para 30 días)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	LC (50 ML para 30 días)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>	1	LC (240 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 50 mcg/act</i>	1	LC (120 EA para 30 días)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	LC (12 GM para 30 días)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	LC (24 GM para 30 días)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	LC (10.6 GM para 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	LC (16 GM para 30 días)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	LC (34 GM para 30 días)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	1	LC (25.8 GM para 30 días)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	1	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	LC (4 GM para 30 días)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	1	LC (90 EA para 90 días)
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	LC (36 GM para 30 días)
<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>	1	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	1	LC (2 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	LC (2 EA para 30 días)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	1	B/D; LC (120 ML para 30 días)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	B/D
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	1	LC (36 GM para 30 días)
Medicamentos para la fibrosis quística		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	1	AP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	AP; LC (84 ML para 56 días)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
KALYDECO ORAL PACKET 5.8 MG	1	AP
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	AP; LC (112 EA para 28 días)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	B/D
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	1	B/D
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	B/D; LC (280 ML para 56 días)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	1	AP; LC (84 EA para 28 días)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	1	AP; LC (56 EA para 28 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	B/D
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad pulmonar		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	1	AP; LC (720 ML para 30 días)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5ML	1	AP; LC (300 ML para 30 días)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X48MCG, 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG	1	AP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG	1	AP
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	AP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	AP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	1	AP
Medicamentos para la fibrosis pulmonar		

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	AP; LC (270 EA para 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	AP; LC (270 EA para 30 días)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
Medicamentos para las vías respiratorias, otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	B/D
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	LC (12 GM para 30 días)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	1	LC (60 EA para 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	1	LC (10.7 GM para 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	LC (60 EA para 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	1	LC (10.7 GM para 30 días)
BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	1	LC (10.2 GM para 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	LC (8 GM para 30 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML	1	AP; LC (4.56 ML para 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	AP; LC (1.34 ML para 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML	1	AP; LC (4.56 ML para 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	AP; LC (1 ML para 28 días)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	1	AP; LC (1 ML para 28 días)
<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>	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	B/D
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	1	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	AP; LC (3 ML para 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	AP; LC (0.4 ML para 28 días)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	AP; LC (3 EA para 28 días)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	1	LC (4 GM para 30 días)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	1	LC (60 EA para 30 días)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500- 50 mcg/act</i>	1	LC (60 EA para 30 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	AP; LC (8 ML para 28 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	AP; LC (8 EA para 28 días)
Relajantes del músculo esquelético: tratamiento de la rigidez muscular		
Relajantes del músculo esquelético		
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii.
Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Nombre del medicamento	Niveles de medicamentos	Requisitos/Límites
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	AP; LC (180 EA para 30 días)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	AP; LC (90 EA para 30 días)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	1	AP; LC (120 EA para 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	AP
Medicamentos para trastornos del sueño: tratamiento del insomnio		
Medicamentos para estimular el sueño		
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	AP; LC (158 ML para 30 días)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
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	1	AP; LC (2 ML para 28 días)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 5 mg</i>	1	LC (30 EA para 30 días)
Medicamentos para estimular la vigilia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	AP; LC (30 EA para 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	AP; LC (60 EA para 30 días)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	AP; LC (540 ML para 30 días)
XYWAV ORAL SOLUTION 500 MG/ML	1	AP

Última actualización: 5/27/2025

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página vii. Los medicamentos contenidos en una fórmula magistral pueden requerir autorización previa.

Índice

A

<i>abacavir sulfate</i>	43
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	43
ABELCET	21
ABILIFY ASIMTUFII	36, 37
ABILIFY MAINTENA	37
<i>abiraterone acetate</i>	25
<i>abirtega</i>	25
ABRYSVO	97
<i>acamprosate calcium</i>	4
<i>acarbose</i>	46, 47
<i>acebutolol hcl</i>	58
<i>acetaminophen-codeine</i>	3
<i>acetazolamide</i>	60
<i>acetazolamide er</i>	104
<i>acetic acid</i>	104
<i>acetylcysteine</i>	109
<i>acitretin</i>	70
ACTEMRA	92
ACTEMRA ACTPEN	92
ACTHAR	81
ACTHAR GEL	81
ACTHIB	97
ACTIMMUNE	94
<i>acyclovir</i>	42, 73
<i>acyclovir sodium</i>	42
ADACEL	97
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	70
<i>adefovir dipivoxil</i>	41
ADEMPAS	108
ADVAIR HFA	109
AIMOVIG	23
AKEEGA	26
<i>ak-poly-bac</i>	103
<i>albendazole</i>	34
<i>albuterol sulfate</i>	106
<i>albuterol sulfate hfa</i>	106
<i>alclometasone dipropionate</i>	70
<i>alcohol</i>	73
ALECENSA	28
<i>alendronate sodium</i>	101
<i>alfuzosin hcl er</i>	81
<i>aliskiren fumarate</i>	60
<i>allopurinol</i>	22
<i>alose tron hcl</i>	77
<i>alprazolam</i>	46
<i>alprazolam intensol</i>	46
<i>altavera</i>	84
ALUNBRIG	28
<i>alyacen 1/35</i>	84
<i>alyacen 7/7/7</i>	84
ALYFTREK	107
<i>amantadine hcl</i>	34, 35
<i>ambrisentan</i>	108
<i>amikacin sulfate</i>	5
<i>amiloride hcl</i>	62
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	60
<i>aminocaproic acid</i>	54
<i>amiodarone hcl</i>	57
<i>amitriptyline hcl</i>	19
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	60
<i>amlodipine besylate</i>	59
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	60
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	60
<i>amlodipine-olmesartan</i>	60
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	60
<i>ammonium lactate</i>	70
<i>amne steem</i>	70
<i>amoxapine</i>	19
<i>amoxicillin</i>	9
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	10
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	10
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	65
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	65
<i>amphotericin b</i>	21
<i>amphotericin b liposome</i>	21
<i>ampicillin</i>	10
<i>ampicillin sodium</i>	10
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	10
<i>anagrelide hcl</i>	54
<i>anastrozole</i>	28
ANORO ELLIPTA	109
APOKYN	35
<i>apomorphine hcl</i>	35
<i>apraclonidine hcl</i>	104
<i>aprepitant</i>	21
<i>apri</i>	84
APTIOM	15, 16
APTIVUS	44
AQNEURSA	66
ARALAST NP	79
<i>aranelle</i>	84

ARANESP (ALBUMIN FREE)	54
ARCALYST	92
AREXVY	97
ARIKAYCE	5
<i>aripiprazole</i>	37
ARISTADA	37
ARISTADA INITIO	37
<i>armodafinil</i>	111
ARNUITY ELLIPTA	105
<i>asenapine maleate</i>	37
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	56
ASTAGRAF XL	95
<i>atazanavir sulfate</i>	44
<i>atenolol</i>	58
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	60
<i>atomoxetine hcl</i>	65
<i>atorvastatin calcium</i>	63
<i>atovaquone</i>	34
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	34
<i>atropine sulfate</i>	102
ATROVENT HFA	106
<i>aubra eq</i>	84
AUGTYRO	28
<i>aurovela fe 1/20</i>	84
AUSTEDO	66
AUSTEDO PATIENT TITRATION KIT	66
AUSTEDO XR	66
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	67
AUVELITY	17
<i>aviane</i>	84
AYVAKIT	28
<i>azacitidine</i>	26
<i>azathioprine</i>	95
<i>azelastine hcl</i>	103, 105
<i>azithromycin</i>	11
<i>aztreonam</i>	6
B	
<i>bacitracin</i>	103
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	103
<i>baclofen</i>	41
BAFIERTAM	67
<i>balsalazide disodium</i>	100
BALVERSA	28
<i>balziva</i>	84
BAQSIMI ONE PACK	49

BAQSIMI TWO PACK	49	<i>budesonide</i>	101, 105	<i>carvedilol</i>	58
BARACLUDE	41	<i>budesonide er</i>	100	<i>caspofungin acetate</i>	21
BCG VACCINE.....	97	BUDESONIDE-		CAYSTON	107
<i>benazepril hcl</i>	57	FORMOTEROL		<i>cefaclor</i>	7
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		FUMARATE	109	<i>cefaclor er</i>	7
.....	60	<i>bumetanide</i>	62	<i>cefadroxil</i>	7, 8
<i>bendamustine hcl</i>	24	<i>buprenorphine</i>	2	<i>cefazolin sodium</i>	8
BENLYSTA	92	<i>buprenorphine hcl</i>	4	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	8
<i>benztropine mesylate</i>	34	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>cefdinir</i>	8
BERINERT	91	.....	4, 5	<i>cefepime hcl</i>	8
BESREMI.....	26	<i>bupropion hcl</i>	17	<i>cefepime-dextrose</i>	8
<i>betaine</i>	79	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	5	<i>cefixime</i>	8
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	71	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	17	<i>cefotaxime sodium</i>	8
<i>betamethasone dipropionate aug</i>		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	17	<i>cefoxitin sodium</i>	8
.....	70	<i>buspirone hcl</i>	45	<i>cefoxitin sodium-dextrose</i>	8
<i>betamethasone valerate</i>	71	<i>butalbital-acetaminophen</i>	1	<i>cefpodoxime proxetil</i>	8
BETASERON	68	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	1	<i>cefprozil</i>	8
<i>betaxolol hcl</i>	58, 104	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	1	<i>ceftazidime</i>	9
<i>bethanechol chloride</i>	81	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	1	<i>ceftazidime and dextrose</i>	9
BEVESPI AEROSPHERE...	109	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	1	<i>ceftriaxone sodium</i>	9
<i>bexarotene</i>	33	<i>butorphanol tartrate</i>	3	<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	9
BEXSERO.....	97	C		<i>ceftriaxone sodium-dextrose</i>	9
BEYFORTUS.....	97	CABENUVA.....	43	<i>cefuroxime axetil</i>	9
<i>bicalutamide</i>	25	<i>cabergoline</i>	89	<i>cefuroxime sodium</i>	9
BICILLIN L-A	10	CABLIVI.....	92	<i>celecoxib</i>	1
BIKTARVY	43	CABOMETYX.....	28	<i>cephalexin</i>	9
<i>bisoprolol fumarate</i>	58	<i>calcipotriene</i>	73	CEPROTIN.....	53
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>calcitonin (salmon)</i>	101	CERDELGA.....	79
.....	60	<i>calcitriol</i>	73, 101	<i>cetirizine hcl</i>	105
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	84	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	76	<i>cevimeline hcl</i>	69
<i>blisovi fe 1/20</i>	84	CALQUENCE.....	28	CHENODAL	78
BOOSTRIX.....	97	CAMCEVI.....	89	<i>chlorhexidine gluconate</i>	69
BORUZU	26	<i>camila</i>	88	<i>chloroquine phosphate</i>	34
<i>bosentan</i>	108	CAMZYOS	60	<i>chlorpromazine hcl</i>	20
BOSULIF	28	<i>candesartan cilexetil</i>	57	<i>chlorthalidone</i>	62
BRAFTOVI.....	28	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	60	<i>chlorzoxazone</i>	111
BREO ELLIPTA	109	CAPLYTA.....	37	CHOLBAM	79
BREZTRI AEROSPHERE ..	109	CAPRELSA.....	28	<i>cholestyramine</i>	63
<i>briellyn</i>	84	<i>captopril</i>	57	<i>cholestyramine light</i>	63
BRILINTA	56	<i>carbamazepine</i>	16	CIBINQO	92
<i>brimonidine tartrate</i>	104	<i>carbamazepine er</i>	16	<i>ciclopirox</i>	73
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	102	<i>carbidopa</i>	35	<i>ciclopirox olamine</i>	74
<i>brinzolamide</i>	104	<i>carbidopa-levodopa</i>	35, 36	<i>cilostazol</i>	56
BRIVIACT	13	<i>carbidopa-levodopa er</i>	35	CIMDUO.....	43
<i>bromfenac sodium</i>	102	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>cimetidine</i>	78
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>		.....	35	CIMZIA.....	95
.....	102	<i>carglumic acid</i>	74	CIMZIA (2 SYRINGE).....	95
<i>bromocriptine mesylate</i>	35	<i>carisoprodol</i>	110	CIMZIA-STARTER.....	95
BRONCHITOL	107	<i>carteolol hcl</i>	104	<i>cinacalcet hcl</i>	101
BRUKINSA	28	<i>cartia xt</i>	59	CINRYZE.....	91

<i>ciprofloxacin hcl</i>	12, 103	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	29	DESCOVY	43
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	12	COMPLERA	43	<i>desipramine hcl</i>	19
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	105	constulose	77	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	82
<i>citalopram hydrobromide</i>	18	COPIKTRA	29	<i>desmopressin acetate</i>	82
<i>claravis</i>	70	CORLANOR.....	60	<i>desmopressin acetate spray</i>	82
<i>clarithromycin</i>	11	CORTROPHIN	81	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	85
<i>clarithromycin er</i>	11	CORTROPHIN GEL.....	81	<i>desonide</i>	71
<i>clindamycin hcl</i>	6	COSENTYX.....	92	<i>desoximetasone</i>	71
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	6	COSENTYX (300 MG DOSE)	92	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	18
<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	74	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	92	<i>dexamethasone</i>	81, 82, 101
<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	74	COSENTYX SENSOREADY PEN	92	<i>dexamethasone intensol</i>	101
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	70	COSENTYX UNOREADY ...	92	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	101, 103
<i>clindamycin phosphate</i>	6, 74	COTELIC.....	29	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	65
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> ..	6	CREON	79	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	65
<i>clindamycin phosphate in nacl</i> ..	6	CRESEMBA	21	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	65
<i>clinisol sf</i>	75	<i>cromolyn sodium</i>	103, 108	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	65
<i>clobazam</i>	14	<i>cryselle-28</i>	85	<i>dextrose</i>	75
<i>clobetasol prop emollient base</i>	71	CRYSVITA	92	<i>dextrose-sodium chloride</i>	76
<i>clobetasol propionate</i>	71	CUVRIOR.....	75	DIACOMIT	13
<i>clobetasol propionate e</i>	71	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	111	<i>diazepam</i>	15, 46
<i>clomipramine hcl</i>	19	<i>cyclophosphamide</i>	24	<i>diazepam intensol</i>	46
<i>clonazepam</i>	46	<i>cyclosporine</i>	95, 102	<i>diazoxide</i>	49
<i>clonidine</i>	56	<i>cyclosporine modified</i>	95	<i>dichlorphenamide</i>	79
<i>clonidine hcl</i>	56	<i>cyproheptadine hcl</i>	105	<i>diclofenac epolamine</i>	1
<i>clonidine hcl er</i>	65	<i>cyred eq</i>	85	<i>diclofenac potassium</i>	1
<i>clopidogrel bisulfate</i>	56	CYSTAGON	79	<i>diclofenac sodium</i>	1, 103
<i>clorazepate dipotassium</i>	46	CYSTARAN	102	<i>diclofenac sodium er</i>	1
<i>clotrimazole</i>	21	D		<i>dicloxacillin sodium</i>	10
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	73	<i>dalfampridine er</i>	68	<i>dicyclomine hcl</i>	78
<i>clozapine</i>	40	<i>danazol</i>	83	DIFICID	11
COARTEM	34	<i>dantrolene sodium</i>	41	<i>diflunisal</i>	1
COBENFY	67	DANZITEN.....	26	<i>difluprednate</i>	103
COBENFY STARTER PACK	67	<i>dapsone</i>	24	<i>digoxin</i>	60
<i>colchicine</i>	22	DAPTACEL	97	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	23
<i>colchicine-probenecid</i>	22	<i>daptomycin</i>	6	DILANTIN	16
<i>colesevelam hcl</i>	63	<i>darifenacin hydrobromide er</i> ..	80	<i>diltiazem hcl</i>	59
<i>colestipol hcl</i>	63	<i>darunavir</i>	44	<i>diltiazem hcl er</i>	59
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	6	<i>dasatinib</i>	29	<i>diltiazem hcl er beads</i>	59
COMBIPATCH.....	84	DAURISMO.....	29	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	59
COMBIVENT RESPIMAT ..	109	<i>deblitane</i>	88	<i>dilt-xr</i>	59
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	28	<i>deferasirox</i>	75	<i>dimethyl fumarate</i>	68
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	28	<i>deferasirox granules</i>	75	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	68
		<i>deferiprone</i>	75	<i>diphenoxylate-atropine</i>	77
		DELSTRIGO.....	43	<i>dipyridamole</i>	56
		DEPO-SUBQ PROVERA ..	104	<i>disopyramide phosphate</i>	58
		.....	88	<i>disulfiram</i>	4
				<i>divalproex sodium</i>	13
				<i>divalproex sodium er</i>	13

<i>dofetilide</i>	58	ENBREL MINI	95	<i>etravirine</i>	42
<i>donepezil hcl</i>	17	ENBREL SURECLICK	95	EUCRISA	71
DOPTELET.....	56	<i>endocet</i>	3	EULEXIN.....	25
<i>dorzolamide hcl</i>	104	ENGERIX-B	97	EUTHYROX	89
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	102	<i>enoxaparin sodium</i>	53	<i>everolimus</i>	29, 95
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	102	<i>enpresse-28</i>	85	EVOTAZ	43
DOVATO	43	<i>enskyce</i>	85	EVRYSDI.....	67
<i>doxazosin mesylate</i>	56	<i>entacapone</i>	35	<i>exemestane</i>	28
<i>doxepin hcl</i>	19, 71, 111	<i>entecavir</i>	41	<i>ezetimibe</i>	63
<i>doxercalciferol</i>	101	ENTRESTO.....	61	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	63
<i>doxy 100</i>	12	ENTYVIO PEN.....	92	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	63
<i>doxycycline hyclate</i>	12	<i>enulose</i>	77	F	
<i>doxycycline monohydrate</i>	12	ENVARBUS XR	95	FABHALTA.....	92
DRIZALMA SPRINKLE.....	67	EPIDIOLEX.....	13	FABRAZYME	79
<i>dronabinol</i>	21	<i>epinephrine</i>	106, 107	<i>falmina</i>	85
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	85	<i>epitol</i>	16	<i>famciclovir</i>	42
DROXIA	26	EPIVIR HBV.....	41	<i>famotidine</i>	78
<i>droxidopa</i>	56	<i>eplerenone</i>	62	FANAPT.....	37
DUAVEE	88	EPOGEN	54	FANAPT TITRATION PACK	
<i>duloxetine hcl</i>	67	EPRONTIA	13	.....	38
DUPIXENT.....	109	EQUETRO	46	FARXIGA	47
<i>dutasteride</i>	81	<i>ergoloid mesylates</i>	16	FASENRA.....	109, 110
E		<i>ergotamine-caffeine</i>	23	FASENRA PEN	109
<i>ec-naproxen</i>	1	ERIVEDGE	29	<i>febuxostat</i>	22
<i>econazole nitrate</i>	21	ERLEADA	25	<i>felbamate</i>	13
EDURANT.....	42	<i>erlotinib hcl</i>	29	<i>felodipine er</i>	59
<i>efavirenz</i>	42	<i>errin</i>	88	<i>fenofibrate</i>	62
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo</i>	43	<i>ertapenem sodium</i>	11	<i>fenofibrate micronized</i>	62
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	43	ERVEBO	97	<i>fenofibric acid</i>	63
.....	43	<i>ery</i>	74	<i>fentanyl</i>	2
EGRIFTA SV	82	ERYTHROCIN		<i>fentanyl citrate</i>	3
ELAPRASE.....	79	LACTOBIONATE	11	<i>fesoterodine fumarate er</i>	80
ELIGARD	89	<i>erythrocine stearate</i>	11	FETZIMA.....	18
ELIQUIS	53	<i>erythromycin</i>	74, 103	FETZIMA TITRATION	18
ELIQUIS DVT/PE STARTER		<i>erythromycin base</i>	11	FILSPARI.....	81
PACK.....	53	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	11	<i>finasteride</i>	81
ELMIRON.....	81	ERZOFRI	37	<i>finolimid hcl</i>	68
<i>eluryng</i>	85	<i>escitalopram oxalate</i>	18	FINTEPLA	13
EMEND.....	21	<i>esomeprazole magnesium</i>	78	FIRDAPSE	67
EMGALITY	23	<i>estarylla</i>	85	FIRMAGON.....	89
EMGALITY (300 MG DOSE)		<i>estradiol</i>	84	FIRMAGON (240 MG DOSE)	
.....	23	<i>estradiol valerate</i>	84	.....	89
EMSAM	18	<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	85	FLAC	71
<i>emtricitabine</i>	43	<i>eszopiclone</i>	111	<i>flecainide acetate</i>	58
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	43	<i>ethambutol hcl</i>	24	<i>fluconazole</i>	21
EMTRIVA.....	43	<i>ethosuximide</i>	14	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	
<i>enalapril maleate</i>	57	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	85	.....	21
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	60	<i>etodolac</i>	1	<i>flucytosine</i>	21
ENBREL	95	<i>etodolac er</i>	1	<i>fludrocortisone acetate</i>	82
		<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	85	<i>flunisolide</i>	105

<i>fluocinolone acetonide</i>	71	<i>gefitinib</i>	29	HUMALOG JUNIOR	
<i>fluocinolone acetonide body</i> ...	71	<i>gemfibrozil</i>	63	KWIKPEN.....	50
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..	71	<i>generlac</i>	77	HUMALOG KWIKPEN	50
<i>fluocinonide</i>	71, 72	<i>gengraf</i>	95	HUMALOG MIX 50/50	
<i>fluocinonide emulsified base</i> ..	71	GENOTROPIN	82	KWIKPEN.....	50
<i>fluorometholone</i>	103	GENOTROPIN MINIQUECK	82	HUMALOG MIX 75/25	50
<i>fluorouracil</i>	73	<i>gentamicin in saline</i>	5	HUMALOG MIX 75/25	
<i>fluoxetine hcl</i>	18	<i>gentamicin sulfate</i>	5, 74, 103	KWIKPEN.....	50
<i>fluphenazine decanoate</i>	36	GENVOYA	44	HUMATROPE	82
<i>fluphenazine hcl</i>	36	GILOTRIF	29	HUMIRA (1 PEN).....	95
<i>flurbiprofen</i>	2	GLASSIA	79	HUMIRA (2 PEN).....	96
<i>flurbiprofen sodium</i>	103	<i>glatiramer acetate</i>	68	HUMIRA (2 SYRINGE).....	96
<i>fluticasone propionate</i>	72, 106	<i>glatopa</i>	68	HUMIRA-CD/UC/HS	
<i>fluticasone propionate diskus</i>		GLEOSTINE	25	STARTER	96
.....	105, 106	<i>glimepiride</i>	47	HUMIRA-PED>/=40KG UC	
<i>fluticasone propionate hfa</i>	106	<i>glipizide</i>	47	STARTER	96
<i>fluticasone-salmeterol</i>	110	<i>glipizide er</i>	47	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT	
<i>fluvoxamine maleate</i>	18	<i>glipizide xl</i>	47	STARTER	96
<i>fondaparinux sodium</i>	53	<i>glipizide-metformin hcl</i>	47	HUMULIN 70/30	50
<i>formoterol fumarate</i>	107	GLUCAGEN HYPOKIT	49	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	50
<i>fosamprenavir calcium</i>	44	<i>glucagon emergency</i>	49	HUMULIN N	50
<i>fosinopril sodium</i>	57	<i>glyburide</i>	47	HUMULIN N KWIKPEN	50
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	61	<i>glyburide micronized</i>	47	HUMULIN R.....	50
FOTIVDA	29	<i>glyburide-metformin</i>	47	HUMULIN R U-500	
FRUZAQLA.....	29	<i>glycopyrrolate</i>	78	(CONCENTRATED)	50
FULPHILA.....	54	GLYXAMBI	47	HUMULIN R U-500	
<i>fulvestrant</i>	25	GOCOVRI.....	35	KWIKPEN.....	50
<i>furosemide</i>	62	GOMEKLI.....	26	<i>hydralazine hcl</i>	64
FUZEON	44	<i>granisetron hcl</i>	21	<i>hydrochlorothiazide</i>	62
<i>fyavolv</i>	85	<i>griseofulvin microsize</i>	22	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	3
FYCOMPA.....	13	<i>guanfacine hcl</i>	56	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	3
FYLNETRA	54	<i>guanfacine hcl er</i>	65	<i>hydrocortisone</i>	72, 82, 101
G		H		<i>hydrocortisone (perianal)</i>	72
<i>gabapentin</i>	15	HADLIMA	95	<i>hydrocortisone butyr lipo base</i>	
GALAFOLD	79	HADLIMA PUSHTOUCH ...	95	.....	72
<i>galantamine hydrobromide</i>	17	HAEGARDA.....	91	<i>hydrocortisone butyrate</i>	72
<i>galantamine hydrobromide er</i>	17	<i>hailey 24 fe</i>	85	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	82
GAMMAGARD.....	91	<i>hailey fe 1.5/30</i>	85	<i>hydrocortisone valerate</i>	72
GAMMAGARD S/D LESS IGA		<i>halobetasol propionate</i>	72	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	105
.....	91	<i>haloperidol</i>	36	<i>hydromorphone hcl</i>	3
GAMMAKED.....	91	<i>haloperidol decanoate</i>	36	<i>hydromorphone hcl pf</i>	3
GAMMAPLEX	91	<i>haloperidol lactate</i>	36	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	34
GAMUNEX-C	91	HAVRIX	98	<i>hydroxyurea</i>	26
GARDASIL 9.....	98	<i>heparin sodium (porcine)</i>	53	<i>hydroxyzine hcl</i>	105
GATTEX.....	78	<i>heparin sodium (porcine) pf</i> ...	54	<i>hydroxyzine pamoate</i>	45
<i>gauze</i>	50	HEPLISAV-B.....	98	HYFTOR	72
<i>gavilyte-c</i>	77	HETLIOZ LQ.....	111	I	
<i>gavilyte-g</i>	77	HIBERIX.....	98	<i>ibandronate sodium</i>	101
<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	77	HUMALOG.....	50	IBRANCE.....	29
GAVRETO.....	29			<i>ibu</i>	2

<i>ibuprofen</i>	2	<i>isibloom</i>	85	KINERET	93
<i>icatibant acetate</i>	91	ISOLYTE-P IN D5W	76	KINRIX	98
ICLUSIG	29	ISOLYTE-S	74	KISQALI (200 MG DOSE)....	30
<i>icosapent ethyl</i>	63	ISOLYTE-S PH 7.4.....	74	KISQALI (400 MG DOSE)....	30
IDHIFA	26	<i>isoniazid</i>	24	KISQALI (600 MG DOSE)....	30
ILARIS	92	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> .	64	KISQALI FEMARA (200 MG	
ILUMYA	92	<i>isosorbide dinitrate</i>	64	DOSE)	26
<i>imatinib mesylate</i>	29	<i>isosorbide mononitrate</i>	64	KISQALI FEMARA (400 MG	
IMBRUVICA	29	<i>isosorbide mononitrate er</i>	64	DOSE)	26
<i>imipenem-cilastatin</i>	11	<i>isotretinoin</i>	70	KISQALI FEMARA (600 MG	
<i>imipramine hcl</i>	19	<i>isradipine</i>	59	DOSE)	26
<i>imipramine pamoate</i>	20	ITOVEBI	30	KLOR-CON	74, 75
<i>imiquimod</i>	73	<i>itraconazole</i>	22	KLOR-CON 10	74
IMKELDI	29	<i>ivabradine hcl</i>	61	<i>klor-con m10</i>	74
IMOVAX RABIES	98	<i>ivermectin</i>	34	<i>klor-con m15</i>	74
IMPAVIDO	34	IWILFIN.....	26	<i>klor-con m20</i>	74
<i>incassia</i>	88	IXCHIQ	98	KLOXXADO	5
INCRELEX	82	IXIARO	98	KOSELUGO.....	30
INCRUSE ELLIPTA.....	106	J		KRAZATI.....	26
<i>indapamide</i>	62	JAKAFI	30	<i>kurvelo</i>	85
<i>indomethacin</i>	2	<i>jantoven</i>	54	KYLEENA	85
<i>indomethacin er</i>	2	JANUMET	47	L	
INFANRIX.....	98	JANUMET XR.....	47, 48	<i>labetalol hcl</i>	58
INGREZZA.....	67	JANUVIA.....	48	<i>lacosamide</i>	16
INLYTA	29	JARDIANCE.....	48	<i>lactulose</i>	77
INQOVI.....	26	JAYPIRCA.....	30	<i>lactulose encephalopathy</i>	77
INREBIC.....	30	JENTADUETO	48	LAGEVRIO.....	45
<i>insulin asp prot & asp flexpen</i>	50	JENTADUETO XR.....	48	<i>lamivudine</i>	41
<i>insulin aspart</i>	51	<i>jinteli</i>	85	<i>lamivudine-zidovudine</i>	43
<i>insulin aspart flexpen</i>	50	<i>juleber</i>	85	<i>lamotrigine</i>	13
<i>insulin aspart prot & aspart</i> ...	51	JULUCA.....	44	<i>lamotrigine er</i>	13
<i>insulin lispro</i>	51	<i>junel 1.5/30</i>	85	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	13
<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	51	<i>junel 1/20</i>	85	<i>lansoprazole</i>	78
<i>insulin lispro junior kwikpen</i> ..	51	<i>junel fe 1.5/30</i>	85	<i>lanthanum carbonate</i>	76
<i>insulin lispro prot & lispro</i>	51	<i>junel fe 1/20</i>	85	LANTUS	51
<i>insulin syringe</i>	51	JUXTAPID.....	63	LANTUS SOLOSTAR.....	51
INTELENCE.....	42	JYLAMVO.....	26	<i>lapatinib ditosylate</i>	30
INTRALIPID	76	JYNNEOS	98	<i>larin 1.5/30</i>	85
<i>introvale</i>	85	K		<i>larin 1/20</i>	85
INVEGA HAFYERA.....	38	KALYDECO	107	<i>larin fe 1.5/30</i>	86
INVEGA SUSTENNA.....	38	KANUMA	79	<i>larin fe 1/20</i>	86
INVEGA TRINZA.....	38	<i>kariva</i>	85	<i>latanoprost</i>	104
IPOL	98	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	74	LAZCLUZE	26
<i>ipratropium bromide</i>	106	<i>kelnor 1/35</i>	85	<i>leflunomide</i>	96
<i>ipratropium-albuterol</i>	110	<i>kelnor 1/50</i>	85	<i>lenalidomide</i>	25
<i>irbesartan</i>	57	KERENDIA.....	61	LENVIMA (10 MG DAILY	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		KESIMPTA.....	68	DOSE)	30
.....	61	<i>ketoconazole</i>	22	LENVIMA (12 MG DAILY	
ISENTRESS	42	<i>ketorolac tromethamine</i>	2, 103	DOSE)	30
ISENTRESS HD	42	KEVZARA	93		

LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	30	LITFULO	93	<i>marlissa</i>	86
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	30	<i>lithium</i>	46	MARPLAN	18
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	30	<i>lithium carbonate</i>	46	MATULANE	25
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	30	<i>lithium carbonate er</i>	46	MAVENCLAD (10 TABS)	68
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	30	LIVMARLI	78	MAVENCLAD (4 TABS)	68
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	30	LIVTENCITY	41	MAVENCLAD (5 TABS)	68
<i>lessina</i>	86	LODOCO	61	MAVENCLAD (6 TABS)	68
<i>letrozole</i>	28	<i>lofexidine hcl</i>	4	MAVENCLAD (7 TABS)	68
<i>leucovorin calcium</i>	33	LOKELMA	76	MAVENCLAD (8 TABS)	68
LEUKERAN	25	LONSURF	26	MAVENCLAD (9 TABS)	68
LEUKINE	54	<i>loperamide hcl</i>	77	MAVYRET	41
<i>leuprolide acetate</i>	90	<i>lopinavir-ritonavir</i>	45	MAYZENT	68
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	90	<i>lorazepam</i>	46	MAYZENT STARTER PACK	68
<i>levabuterol hcl</i>	107	<i>lorazepam intensol</i>	46	<i>meclizine hcl</i>	20
<i>levetiracetam</i>	14	LORBRENA	30	<i>meclofenamate sodium</i>	2
<i>levetiracetam er</i>	13	<i>losartan potassium</i>	57	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ..	88
<i>levobunolol hcl</i>	104	<i>losartan potassium-hctz</i>	61	<i>mefloquine hcl</i>	34
<i>levocarnitine</i>	76	<i>lovastatin</i>	63	<i>megestrol acetate</i>	88
<i>levocarnitine sf</i>	76	<i>low-ogestrel</i>	86	MEKINIST	31
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> ..	105	<i>loxapine succinate</i>	36	MEKTOVI	31
<i>levofloxacin</i>	12	<i>lubiprostone</i>	77	<i>meloxicam</i>	2
<i>levofloxacin in d5w</i>	12	LUMAKRAS	26	<i>memantine hcl</i>	17
<i>levonest</i>	86	LUMIGAN	104	<i>memantine hcl er</i>	17
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> ..	86	LUMIZYME	79	<i>memantine hcl-donepezil hcl</i> ..	17
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	86	LUPKYNIS	96	MENACTRA	98
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ..	86	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	90	MENEST	84
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	86	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	90	MENQUADFI	98
LEVO-T	89	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	90	MENVEO	98
<i>levothyroxine sodium</i>	89	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	90	<i>mercaptopurine</i>	26
LEVOXYL	89	<i>lurasidone hcl</i>	38	<i>meropenem</i>	11
<i>l-glutamine</i>	79	<i>lutea</i>	86	<i>meropenem-sodium chloride</i> ..	11
LIBERVANT	15	LUTRATE DEPOT	90	<i>mesalamine</i>	100
<i>lidocaine</i>	4	LYBALVI	38	<i>mesalamine er</i>	100
<i>lidocaine hcl</i>	4	LYNPARZA	30	<i>mesalamine-cleanser</i>	100
<i>lidocaine viscous hcl</i>	4	LYSODREN	27	<i>mesna</i>	33
<i>lidocaine-prilocaine</i>	4	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ..	30	MESNEX	33
LILETTA (52 MG)	86	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ..	30	<i>metaxalone</i>	111
<i>linezolid</i>	6	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ..	31	<i>metformin hcl</i>	48
<i>linezolid in sodium chloride</i>	6	<i>lyza</i>	88	<i>metformin hcl er</i>	48
LINZESS	77	M		<i>methadone hcl</i>	2
<i>liothyronine sodium</i>	89	<i>magnesium sulfate</i>	75	<i>methazolamide</i>	104
<i>lisinopril</i>	57	<i>malathion</i>	73	<i>methenamine hippurate</i>	6
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	61	<i>maraviroc</i>	44	<i>methimazole</i>	91

<i>methylphenidate hcl er</i>	66	<i>mycophenolate mofetil</i>	96	<i>nitazoxanide</i>	34
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	66	<i>mycophenolate sodium</i>	96	<i>nitisinone</i>	79
<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	66	<i>mycophenolic acid</i>	96	NITRO-BID.....	64
<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .	66	MYFEMBREE	90	NITRO-DUR	64
<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	66	<i>myorisan</i>	70	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	7
<i>methylprednisolone</i>	82	MYRBETRIQ	80	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ..	7
<i>methylprednisolone acetate</i> ..	101	N		<i>nitroglycerin</i>	64
<i>methyltestosterone</i>	83	<i>nabumetone</i>	2	NIVESTYM	54, 55
<i>metoclopramide hcl</i>	20	<i>nadolol</i>	58	<i>nora-be</i>	88
<i>metolazone</i>	62	<i>nafcillin sodium</i>	10	NORDITROPIN FLEXPOR ..	83
<i>metoprolol succinate er</i>	58	<i>nafcillin sodium in dextrose</i> ...	10	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> ..	86
<i>metoprolol tartrate</i>	58	NAGLAZYME.....	79	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	86
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>nalbuphine hcl</i>	1	<i>norethindrone</i>	88
.....	61	<i>naloxone hcl</i>	5	<i>norethindrone acetate</i>	88
<i>metronidazole</i>	6, 74	<i>naltrexone hcl</i>	5	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	86
<i>metyrosine</i>	61	NAMZARIC.....	17	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	86
<i>mexiletine hcl</i>	58	<i>naproxen</i>	2	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	86
<i>micafungin sodium</i>	22	<i>naproxen dr</i>	2	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	87
<i>micafungin sodium-nacl</i>	22	<i>naproxen sodium</i>	2	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	87
<i>microgestin 1.5/30</i>	86	NATACYN	103	NORPACE CR	58
<i>microgestin 1/20</i>	86	<i>nateglinide</i>	48	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	87
<i>microgestin 24 fe</i>	86	NAYZILAM.....	15	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	87
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	86	<i>nebivolol hcl</i>	58	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	87
<i>microgestin fe 1/20</i>	86	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	86	<i>nortrel 7/7/7</i>	87
<i>midodrine hcl</i>	56	<i>nefazodone hcl</i>	18	<i>nortriptyline hcl</i>	20
<i>mifepristone</i>	49	<i>neomycin sulfate</i>	6	NORVIR.....	45
<i>miglustat</i>	79	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		NOVOLIN 70/30.....	51
<i>mili</i>	86	.....	102	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	51
<i>mimvey</i>	86	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		RELION	51
<i>minocycline hcl</i>	12, 13	.....	102	NOVOLIN 70/30 RELION	51
<i>minoxidil</i>	64	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	105	NOVOLIN N	52
MIRENA (52 MG)	86	NERLYNX.....	31	NOVOLIN N FLEXPEN	51
<i>mirtazapine</i>	17, 18	NEULASTA	54	NOVOLIN N FLEXPEN	
<i>misoprostol</i>	78	NEULASTA ONPRO	54	RELION	51
M-M-R II.....	98	NEUPRO	35	NOVOLIN N RELION	52
<i>modafinil</i>	111	<i>nevirapine</i>	42	NOVOLIN R	52
<i>moexipril hcl</i>	57	<i>nevirapine er</i>	42	NOVOLIN R FLEXPEN.....	52
<i>molindone hcl</i>	36	NEXLETOL	61	NOVOLIN R FLEXPEN	
<i>mometasone furoate</i>	72, 106	NEXLIZET.....	61	RELION	52
<i>montelukast sodium</i>	110	NEXPLANON.....	86	NOVOLIN R RELION.....	52
<i>morphine sulfate</i>	3	NGENLA.....	82	NOVOLOG	52
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	3	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	63	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN	
<i>morphine sulfate er</i>	2, 3	NICOTROL.....	5	RELION	52
MOUNJARO.....	48	NICOTROL NS.....	5	NOVOLOG FLEXPEN.....	52
MOVANTIK	77	<i>nifedipine</i>	59	NOVOLOG FLEXPEN	
<i>moxifloxacin hcl</i>	12, 103	<i>nifedipine er</i>	59	RELION	52
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	12	<i>nifedipine er osmotic release</i> ..	59	NOVOLOG MIX 70/30	52
MRESVIA.....	98	<i>nilutamide</i>	25	NOVOLOG MIX 70/30	
MULTAQ.....	58	<i>nimodipine</i>	59	FLEXPEN.....	52
<i>mupirocin</i>	74	NINLARO	27		

NOVOLOG MIX 70/30		OMNIPOD DASH INTRO		<i>paxlovid (150/100)</i>.....45	
RELION	52	(GEN 4)	52	<i>paxlovid (300/100)</i>.....45	
NOVOLOG RELION	52	OMNIPOD DASH PDM (GEN		<i>pazopanib hcl</i>.....31	
NUBEQA	25	4).....	53	PEDIARIX	98
NUCALA	110	OMNIPOD DASH PODS (GEN		PEDVAX HIB	98
NUEDEXTA	67	4).....	53	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..77	
NULOJIX.....	96	OMNIPOD GO.....	53	<i>peg-3350/electrolytes</i>	77
NUPLAZID.....	38, 39	OMNITROPE.....	83	PEGASYS	94
NURTEC.....	23	<i>ondansetron</i>	21	PEMAZYRE.....	3
NUTRILIPID	76	<i>ondansetron hcl</i>	21	<i>pen needles</i>	53
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	83	ONGENTYS	35	PENBRAYA.....	99
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	83	ONUREG	26	<i>penciclovir</i>	74
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 ..	83	OPDIVO QVANTIG.....	27	<i>penicillamine</i>	75
<i>nylia 1/35</i>	87	OPIPZA	39	<i>penicillin g pot in dextrose</i> ....10	
<i>nylia 7/7/7</i>	87	OPSUMIT	108	<i>penicillin g procaine</i>.....10	
<i>nystatin</i>	22	OPVEE	5	<i>penicillin g sodium</i>	10
<i>nystatin-triamcinolone</i>	73	ORENCIA	93	<i>penicillin v potassium</i>	10, 11
NYVEPRIA.....	55	ORENCIA CLICKJECT	93	PENTACEL.....	99
O		ORFADIN	79	<i>pentamidine isethionate</i>.....34	
OICALIVA	78	ORGOVYX.....	90	<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	4
<i>ocella</i>	87	ORIAHNN.....	90	<i>pentoxifylline er</i>	61
OCREVUS	69	ORILISSA	90	<i>perindopril erbumine</i>.....57	
OCREVUS ZUNOVO	69	ORKAMBI	107	<i>permethrin</i>	73
<i>octreotide acetate</i>	90	ORLADEYO	91	<i>perphenazine</i>.....20	
ODEFSEY	44	ORSERDU	27	PERSERIS.....	39
ODOMZO	31	<i>oseltamivir phosphate</i>.....45		<i>phenelzine sulfate</i>	18
OFEV	109	OTEZLA	73	<i>phenobarbital</i>	15
<i>ofloxacin</i>	12, 103, 105	<i>oxacillin sodium in dextrose</i> ...10		<i>phenoxybenzamine hcl</i>.....56	
OGSIVEO	31	<i>oxandrolone</i>	83	PHENYTEK	16
OJEMDA.....	31	<i>oxcarbazepine</i>	16	<i>phenytoin</i>	16
OJJAARA.....	27	<i>oxcarbazepine er</i>	16	<i>phenytoin infatabs</i>	16
<i>olanzapine</i>	39	OXERVATE	102	<i>phenytoin sodium extended</i>....16	
<i>olmesartan medoxomil</i>	57	<i>oxybutynin chloride</i>	80	PIASKY	55
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>....61		<i>oxybutynin chloride er</i>.....80		PIFELTRO	42
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...61		<i>oxycodone hcl</i>	3, 4	<i>pilocarpine hcl</i>.....69, 104	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>.....63		<i>oxycodone hcl er</i>	3	<i>pimecrolimus</i>	72
<i>omeprazole</i>	78	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	4	<i>pimozide</i>	36
OMNIPOD 5 DEXG7G6		OXYCONTIN	3	<i>pimtrea</i>	87
INTRO GEN 5	52	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>pindolol</i>	58
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		MG/DOSE).....	48	<i>pioglitazone hcl</i>	48
GEN 5.....	52	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	48	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN		OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	48	.....	48
5).....	52	P		<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN		<i>paliperidone er</i>	39	.....	11
5).....	52	PANRETIN	33	PIQRAY (200 MG DAILY	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS		<i>pantoprazole sodium</i>	78	DOSE)	31
G6.....	52	<i>paricalcitol</i>	101	PIQRAY (250 MG DAILY	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS		<i>paroxetine hcl</i>	19	DOSE)	31
G6 PODS.....	52	<i>paroxetine hcl er</i>	19	PIQRAY (300 MG DAILY	
		<i>paxlovid</i>	45	DOSE)	31

<i>pirfenidone</i>	109
<i>piroxicam</i>	2
<i>plenamine</i>	76
<i>podofilox</i>	73
<i>polymyxin b sulfate</i>	7
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	103
POMALYST	25
PONVORY.....	69
PONVORY STARTER PACK	69
<i>portia-28</i>	87
<i>posaconazole</i>	22
<i>potassium chloride</i>	75
<i>potassium chloride crys er</i>	75
<i>potassium chloride er</i>	75
<i>potassium citrate er</i>	75
PRALUENT	64
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .35	
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	35
<i>prasugrel hcl</i>	56
<i>pravastatin sodium</i>	63
<i>praziquantel</i>	34
<i>prazosin hcl</i>	56
<i>prednicarbate</i>	72
<i>prednisolone</i>	82
<i>prednisolone acetate</i>	103
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	82, 101, 104
<i>prednisone</i>	101
<i>prednisone intensol</i>	101
<i>pregabalin</i>	15
PREHEVBRIO.....	99
PREMARIN	84
PREMPHASE	87
PREMPRO	87
<i>prenatal</i>	76
PRETOMANID.....	24
<i>prevalite</i>	64
PREVYMIS.....	41
PREZCOBIX.....	44
PREZISTA	45
PRIFTIN.....	24
<i>primaquine phosphate</i>	34
PRIMAXIN IV	7
<i>primidone</i>	15
PRIORIX.....	99
PRIVIGEN	91
<i>probenecid</i>	23
<i>prochlorperazine</i>	20

<i>prochlorperazine maleate</i>	20
PROCRT	55
<i>progesterone</i>	88
PROGRAF	96
PROLASTIN-C	79
PROLIA.....	101
PROMACTA.....	55
<i>promethazine hcl</i>	20, 105
<i>promethazine vc</i>	20
<i>promethazine-phenylephrine</i> ..	20
<i>promethegan</i>	20
<i>propafenone hcl</i>	58
<i>propranolol hcl</i>	59
<i>propranolol hcl er</i>	58
<i>propylthiouracil</i>	91
PROQUAD.....	99
<i>protriptyline hcl</i>	20
PULMOZYME.....	107
<i>pyrazinamide</i>	24
<i>pyridostigmine bromide</i>	24
<i>pyridostigmine bromide er</i>	24
<i>pyrimethamine</i>	34
PYRUKYND.....	55
PYRUKYND TAPER PACK	55
Q	
QINLOCK.....	31
QUADRACEL	99
<i>quetiapine fumarate</i>	39
<i>quetiapine fumarate er</i>	39
<i>quinapril hcl</i>	57
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 61	
<i>quinidine gluconate er</i>	58
<i>quinidine sulfate</i>	58
<i>quinine sulfate</i>	34
QULIPTA.....	23
QVAR REDHALER.....	106
R	
RABAVERT	99
RADICAVA ORS	67
RADICAVA ORS STARTER KIT	67
RALDESY.....	19
<i>raloxifene hcl</i>	88
<i>ramelteon</i>	111
<i>ramipril</i>	57
<i>ranolazine er</i>	61
<i>rasagiline mesylate</i>	36
RAVICTI.....	80
REBIF.....	69
REBIF REBIDOSE	69

REBIF REBIDOSE	
TITRATION PACK	69
REBIF TITRATION PACK...69	
<i>reclipsen</i>	87
RECOMBIVAX HB.....	99
RECORLEV	90
REGRANEX	73
RELENZA DISKHALER	45
RELEUKO	55
RELISTOR.....	77
<i>repaglinide</i>	48
REPATHA.....	64
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	64
REPATHA SURECLICK	64
RETACRIT.....	55
RETEVMO.....	31
REVLIMID.....	25
REVUFORJ	27
REXTOVY	5
REXULTI.....	39
REYATAZ	45
REZLIDHIA.....	27
REZUROCK.....	96
RHOPRESSA	104
<i>ribavirin</i>	41
<i>rifabutin</i>	24
<i>rifampin</i>	24
<i>riluzole</i>	67
<i>rimantadine hcl</i>	45
RINVOQ.....	93
RINVOQ LQ	93
<i>risedronate sodium</i>	101, 102
<i>risperidone</i>	39
RISPERIDONE	
MICROSPHERES ER.....	39
<i>ritonavir</i>	45
<i>rivaroxaban</i>	54
<i>rivastigmine</i>	17
<i>rivastigmine tartrate</i>	17
<i>rizatriptan benzoate</i>	23
ROCKLATAN	104
<i>roflumilast</i>	108
ROMVIMZA	27
<i>ropinirole hcl</i>	35
<i>ropinirole hcl er</i>	35
<i>rosuvastatin calcium</i>	63
ROTARIX	99
ROTATEQ	99
<i>roweepra</i>	14

ROZLYTREK	31	SOFOSBUVIR-		TABRECTA	32
RUBRACA	31	VELPATASVIR	42	<i>tacrolimus</i>	72, 97
<i>rufinamide</i>	16	<i>solifenacin succinate</i>	80	<i>tadalafil</i>	81
RUKOBIA	44	SOLQUA	53	<i>tadalafil (pah)</i>	108
RYBELSUS	48	SOLTAMOX	25	TADLIQ	108
RYBELSUS (FORMULATION		SOMAVERT	90	TAFINLAR	32
R2)	48	<i>sorafenib tosylate</i>	32	TAGRISO	32
RYDAPT	31	<i>sotalol hcl</i>	58	TALTZ	94
RYKINDO	39	<i>sotalol hcl (af)</i>	58	TALZENNA	32
RYLAZE	27	SOTYKTU	93	<i>tamoxifen citrate</i>	25
S		SPIRIVA RESPIMAT	106	<i>tamsulosin hcl</i>	81
SANDIMMUNE	97	<i>spironolactone</i>	62	<i>tarina fe 1/20 eq.</i>	87
SANTYL	73	<i>spironolactone-hctz</i>	61	TARPEYO	90
<i>sapropterin dihydrochloride</i> ..	80	<i>sprintec 28</i>	87	TASCENSO ODT	69
SAVELLA	67	SPRITAM	14	TASIGNA	32
SAVELLA TITRATION PACK		<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> .	76	<i>tasimelteon</i>	111
.....	67	<i>sronyx</i>	87	TAVNEOS	55
SCSEMBLIX	31, 32	STELARA	93, 94	<i>tazarotene</i>	70
<i>scopolamine</i>	20	STIMUFEND	55	TAZICEF	9
SECUADO	40	STIOLTO RESPIMAT	110	TAZVERIK	32
<i>selegiline hcl</i>	36	STIVARGA	32	TECENTRIQ HYBREZA	27
<i>selenium sulfide</i>	72	STRENSIQ	80	TEFLARO	9
SELZENTRY	44	<i>streptomycin sulfate</i>	6	<i>telmisartan</i>	57
SEREVENT DISKUS	107	STRIBILD	44	<i>telmisartan-hctz</i>	61
SEROSTIM	83	SUCRAID	80	<i>temazepam</i>	111
<i>sertraline hcl</i>	19	<i>sucrafate</i>	78	TENIVAC	99
<i>setlakin</i>	87	<i>sulfacetamide sodium</i>	103	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .	41
<i>sevelamer carbonate</i>	76	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	12	TEPMETKO	32
<i>sharobel</i>	88	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	103	<i>terazosin hcl</i>	56, 57
SHINGRIX	99	<i>sulfadiazine</i>	12	<i>terbinafine hcl</i>	22
SIGNIFOR	90	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>terbutaline sulfate</i>	107
SIKLOS	26	.....	7, 12	<i>terconazole</i>	22
<i>sildenafil citrate</i>	108	<i>sulfasalazine</i>	100	<i>teriflunomide</i>	69
SILIQ	93	<i>sulindac</i>	2	TERIPARATIDE	102
<i>silver sulfadiazine</i>	73	<i>sumatriptan</i>	23	<i>testosterone</i>	83, 84
SIMBRINZA	104	<i>sumatriptan succinate</i>	23, 24	<i>testosterone cypionate</i>	83
SIMPONI	97	<i>sumatriptan succinate refill</i> ...	23	<i>testosterone enanthate</i>	83
<i>simvastatin</i>	63	<i>sunitinib malate</i>	32	TETANUS-DIPHTHERIA	
<i>sirolimus</i>	97	SUNLENCA	44	TOXOIDS TD	99
SIRTURO	24	SYMDEKO	107	<i>tetrabenazine</i>	67
SKYLA	87	SYMLINPEN 120	49	<i>tetracycline hcl</i>	13
SKYRIZI	93	SYMLINPEN 60	49	THALOMID	25
SKYRIZI PEN	93	SYMPAZAN	15	<i>theophylline</i>	108
SKYTROFA	83	SYMTUZA	44	<i>theophylline er</i>	108
<i>sodium chloride</i>	73, 75	SYNAREL	90	<i>thioridazine hcl</i>	36
<i>sodium chloride (pf)</i>	75	SYNJARDY	49	<i>thiothixene</i>	36
<i>sodium fluoride</i>	75	SYNJARDY XR	49	<i>tiagabine hcl</i>	15
<i>sodium oxybate</i>	111	SYNTHROID	89	TIBSOVO	27
<i>sodium phenylbutyrate</i>	80	T		<i>ticagrelor</i>	56
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	76	TABLOID	26	TICE BCG	27

TICOVAC	99	<i>trimethoprim</i>	7	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	62
<i>tigecycline</i>	7	<i>tri-mili</i>	87	VALTOCO 10 MG DOSE	15
<i>timolol maleate</i>	59, 104	<i>trimipramine maleate</i>	20	VALTOCO 15 MG DOSE	15
<i>tinidazole</i>	7	<i>trinatal rx 1</i>	76	VALTOCO 20 MG DOSE	15
<i>tiopronin</i>	81	TRINTELLIX	19	VALTOCO 5 MG DOSE	15
<i>tiotropium bromide</i> <i>monohydrate</i>	106	<i>tri-sprintec</i>	87	<i>vancomycin hcl</i>	7
TIVICAY	42	TRIUMEQ	44	<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	7
TIVICAY PD	42	TRIUMEQ PD	44	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	7
<i>tizanidine hcl</i>	41	<i>trivora (28)</i>	87	VANFLYTA	32
<i>tobramycin</i>	103, 107	<i>tri-vylibra</i>	87	VAQTA	100
<i>tobramycin sulfate</i>	6	<i>tropium chloride</i>	81	<i>varenicline tartrate</i>	5
<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	103	<i>tropium chloride er</i>	81	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	5
<i>tolterodine tartrate</i>	81	TRULICITY	49	<i>varenicline tartrate(continue)</i> ..	5
<i>tolterodine tartrate er</i>	81	TRUMENBA	99	VARIVAX	100
<i>tolvaptan</i>	75	TRUQAP	32	VAXCHORA	100
<i>topiramate</i>	14	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	32	VAXELIS	100
<i>toremifene citrate</i>	25	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	32	<i>velivet</i>	87
<i>toremide</i>	62	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	32	VELTASSA	76
TOUJEO MAX SOLOSTAR	53	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	32	VEMLIDY	41
TOUJEO SOLOSTAR	53	TRUVADA	43	VENCLEXTA	32
TRADJENTA	49	TUKYSA	32	VENCLEXTA STARTING PACK	32
<i>tramadol hcl</i>	4	TURALIO	32	<i>venlafaxine hcl</i>	19
<i>tramadol-acetaminophen</i>	4	TWINRIX	99	<i>venlafaxine hcl er</i>	19
<i>trandolapril</i>	57	TYBOST	44	VENTAVIS	108
<i>tranexamic acid</i>	55	TYMLOS	102	VENTOLIN HFA	107
<i>tranylcypromine sulfate</i>	18	TYPHIM VI	99, 100	VEOZAH	67
<i>travoprost (bak free)</i>	104	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT	108	<i>verapamil hcl</i>	60
<i>trazodone hcl</i>	19	TYVASO DPI TITRATION KIT	108	<i>verapamil hcl er</i>	59, 60
TRECTOR	24	U		VERQUVO	62
TRELEGY ELLIPTA	110	UBRELVY	23	VERSACLOZ	40
TRELSTAR MIXJECT	90	UDENYCA	55	VERZENIO	33
TREMFYA	94	UDENYCA ONBODY	55	V-GO 20	53
TREMFYA CROHNS INDUCTION	94	UNITHROID	89	V-GO 30	53
TREMFYA ONE-PRESS	94	UPTRAVI	108	V-GO 40	53
TREMFYA PEN	94	UPTRAVI TITRATION	108	VICTOZA	49
<i>tretinoin</i>	33, 70	<i>ursodiol</i>	78	<i>vienna</i>	87
<i>triamcinolone acetonide</i> ...	69, 72	UZEDY	40	<i>vigabatrin</i>	15
<i>triamcinolone in absorbbase</i> ...	72	V		VIGAFYDE	15
<i>triamterene-hctz</i>	61	<i>valacyclovir hcl</i>	42	VIJOICE	33
<i>trientine hcl</i>	75	VALCHLOR	25	<i>vilazodone hcl</i>	19
<i>tri-estarylla</i>	87	<i>valganciclovir hcl</i>	41	VIMKUNYA	100
<i>trifluoperazine hcl</i>	36	<i>valproic acid</i>	14	VIRACEPT	45
<i>trifluridine</i>	42	<i>valsartan</i>	57	VIREAD	41
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	34			VITRAKVI	33
TRIJARDY XR	49			VIVITROL	100
TRIKAFTA	107			VIZIMPRO	33
<i>tri-legest fe</i>	87			VOCABRIA	42
<i>trimethobenzamide hcl</i>	21			VONJO	33

VORANIGO.....	27	XIGDUO XR.....	49	ZAVZPRET.....	23
<i>voriconazole</i>	22	XOLAIR.....	110	ZEJULA	33
VOSEVI	42	XOLREMDI.....	55	ZELBORAF	33
VOWST.....	78	XOSPATA.....	33	ZEMAIRA.....	80
VRAYLAR.....	40	XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zenatane</i>	70
<i>vyfemla</i>	87	WEEKLY).....	27	ZENPEP	80
<i>vylibra</i>	87	XPOVIO (40 MG ONCE		ZEPBOUND.....	111
VYNDAMAX	62	WEEKLY).....	27	ZEPOSIA.....	69
W		XPOVIO (40 MG TWICE		ZEPOSIA 7-DAY STARTER	
<i>warfarin sodium</i>	54	WEEKLY).....	27	PACK	69
WEGOVY	62	XPOVIO (60 MG ONCE		ZEPOSIA STARTER KIT	69
WELIREG.....	27	WEEKLY).....	27	<i>zidovudine</i>	43
<i>wixela inhub</i>	110	XPOVIO (60 MG TWICE		ZIEXTENZO.....	56
X		WEEKLY).....	27	ZILBRYSQ.....	94
XALKORI.....	33	XPOVIO (80 MG ONCE		<i>ziprasidone hcl</i>	40
XARELTO	54	WEEKLY).....	27	<i>ziprasidone mesylate</i>	40
XARELTO STARTER PACK		XPOVIO (80 MG TWICE		ZITHROMAX	12
.....	54	WEEKLY).....	28	ZOLINZA.....	28
XATMEP	27	XROMI.....	26	<i>zolpidem tartrate</i>	111
XCOPRI	14	XTANDI.....	25	<i>zolpidem tartrate er</i>	111
XCOPRI (250 MG DAILY		<i>xulane</i>	87	ZONISADE	16
DOSE).....	14	XYWAV.....	111	<i>zonisamide</i>	16
XCOPRI (350 MG DAILY		Y		ZOSYN.....	7
DOSE).....	14	YF-VAX.....	100	<i>zovia 1/35 (28)</i>	88
XDEMVI	103	YONSA	25	ZTALMY	15
XELJANZ	94	YORVIPATH.....	102	ZTLIDO.....	4
XELJANZ XR.....	94	<i>yuvafem</i>	84	ZURZUVAE.....	18
XERMELO.....	77	Z		ZYDELIG.....	33
XGEVA.....	102	<i>zafemy</i>	88	ZYKADIA.....	33
XIAFLEX.....	80	<i>zaleplon</i>	111	ZYPREXA RELPREVV	40
XIFAXAN.....	77	ZARXIO.....	56		



www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.

Este formulario se actualizó el 05/27/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contacte a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-833-535-3767** o al **711** para usuarios de TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.

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

Puede pedir este documento de forma gratuita en otros formatos como, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Florida. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.

Y0093_007_243764057_C_6_SPN