

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care
Options (HMO-SNP)
Formulario 2019
(Lista de Medicamentos Cubiertos)

POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Id. de envío del archivo del Formulario aprobado por HPMS : 19479, Número de versión: 7

Este formulario se actualizó el 11/12/2018. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, en Servicios al Miembro de Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options, al 1-877-833-8125 o, para usuarios de TTY, 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo), o visite www.SeniorsGetMore.org.

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options | *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) 2019

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos recetados y *medicamentos de venta libre* (*over-the-counter, OTC*) están cubiertos por nuestro plan. La Lista de medicamentos también le informa si hay reglas o restricciones especiales para cualquier medicamento cubierto por nuestro plan.

Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que se actualizó la Lista de medicamentos por última vez, aparece en la portada y contraportada. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

Índice

A.	Descargos de Responsabilidad.....	4
B.	Preguntas frecuentes (FAQ).....	4
B1.	¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (A la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).	5
B2.	¿La Lista de medicamentos cambia?.....	5
B3.	¿Qué ocurre cuando hay un cambio a la Lista de medicamentos?	6
B4.	¿Hay alguna restricción o límite a la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna acción especial para obtener determinados medicamentos?.....	7
B5.	¿Cómo sabrá usted si el medicamento que desea tiene limitaciones o si es necesario hacer algo para obtener el medicamento?.....	8
B6.	¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas acerca de cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa [aprobación], límites de cantidad o de terapia de pasos?	8
B7.	¿Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	8
B8.	¿Qué ocurre si el medicamento que desea tomar no está en la Lista de medicamentos? ..	9
B9.	¿Qué sucede si usted es un nuevo miembro en Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options y no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene un problema para obtener el medicamento?	9
B10.	¿Puede solicitar una excepción para que cubramos su medicamento?.....	10
B11.	¿Cómo puede solicitar una excepción?	11



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

B12. ¿Cuánto tarda obtener una excepción?	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?	11
B15. ¿Cubre Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options suministros a largo plazo de medicamentos?	11
B16. ¿Puedo recibir mis recetas entregadas directamente a mi hogar a través de mi farmacia local?.....	12
B17. ¿Qué es el copago?	12
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Lista de medicamentos por afección médica	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	137



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

A. Descargos de Responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options.

- ❖ El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (HMO-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts. La inscripción en Boston Medical Center Health Net Plan Senior Care Options (HMO-SNP) depende de la renovación del contrato. Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (HMO-SNP) es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* más actualizada de nuestro plan en línea en www.SeniorsGetMore.org o llamando al 855-833-8125.
- ❖ **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-833-8125 (TTY: 711).
- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla Español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-833-8125 (TTY: 711).
- ❖ **ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-833-8125 (TTY: 711).
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande impresa o audio. Llame al 855-833-8125 (TTY: 711), hay representantes disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. (Los representantes están disponibles los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las Preguntas frecuentes para obtener más información, o leer una pregunta y su respuesta.



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (A la *Lista de medicamentos cubiertos* la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 17 son los medicamentos cubiertos por Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options. Los medicamentos están disponibles en farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si hemos hecho un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y proporcionarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Nuestro plan cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en la Lista de Medicamentos si:
 - su médico u otra persona que le receta indica que los necesita para mejorar o mantenerse sano;
 - Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options está de acuerdo en que el medicamento es médicamente necesario para usted; **y**
 - surte su receta en una farmacia de la red del plan.
- En algunos casos, tiene que hacer algo antes de obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede ver una lista de medicamentos que cubrimos actualizada en nuestro sitio web, en www.SeniorsGetMore.org o llamar a Servicios al Miembro al 855-833-8125 (TTY: 711).

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia?

Sí. Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir que un medicamento requiere o no requiere nuestra aprobación previa. (La aprobación previa es el permiso de nuestro plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que obtiene (denominado límites de cantidad).



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

- Agregar o cambiar restricciones de terapia de pasos a un medicamento. (La terapia de pasos significa que debe probar un medicamento primero antes de cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

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

- un medicamento nuevo y más barato aparezca, que funcione tan bien como el medicamento de la Lista de medicamentos ahora; **o**
- nos enteramos de que algún medicamento no es seguro, **o**
- se retira un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 de abajo tienen más información sobre qué sucede cuando la Lista de Medicamentos cambia.

- Siempre puede consultar la Lista de Medicamentos de Boston Medical Center HealthNet Senior Care Options más actualizada en línea, en www.SeniorsGetMore.org.
- También puede llamar a Servicios al Miembro para consultar la Lista de Medicamentos vigente al 855-833-8125 (TTY: 711).

B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio a la Lista de medicamentos?

Algunos cambios a la Lista de Medicamentos sucederán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Hay disponible un nuevo medicamento genérico.** Algunas veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento más barato que funciona tan bien como un medicamento que está en la Lista de medicamentos ahora. Cuando eso sucede, podemos quitar el medicamento actual, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento actual en la lista pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Podríamos no informarle antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio o los cambios específicos que hagamos.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Enviaremos un aviso con los pasos que debe seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que un medicamento que está tomando no es seguro, o el fabricante lo saca del mercado, nosotros lo eliminaremos de nuestra Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le informaremos. Si se entera de que un medicamento está siendo retirado del mercado, hable con su médico u otra persona que le recete acerca de otras opciones de tratamiento que podrían ser mejores para usted.

Podríamos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre esos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La FDA proporciona nuevos lineamientos o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado; **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos; **o**
 - Cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando suceden estos cambios, le informaremos con al menos 30 días de anticipación a que hagamos el cambio a la Lista de medicamentos o cuando solicite un resurtido. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Él o ella puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del otro o si es necesario pedir una excepción. Entonces, usted puede:

- Obtener un suministro para 30 días del medicamento antes de que hagamos el cambio a la Lista de medicamentos; **o**
- Solicitar una excepción a esos cambios. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B4. ¿Hay alguna restricción o límite a la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna acción especial para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona que recete deben hacer algo antes de que pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que recete deben obtener una aprobación de Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options antes de que usted surta su receta.



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.SeniorsGetMore.org.

Aprobación previa significa una aprobación de nuestro plan para buscar servicios fuera de nuestra red u obtener servicios que no estén cubiertos de manera rutinaria por nuestra red **antes** de que reciba los servicios. La autorización previa es diferente a una derivación. Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options podría no cubrir el medicamento si no obtiene una aprobación.

- **Límites de cantidad:** Algunas veces nuestro plan limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia de pasos:** Algunas veces nuestro plan exige que usted haga una terapia de pasos. Esto significa que deberá probar medicamentos en determinado orden para su afección médica. Podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límites adicionales si revisa las tablas que comienzan en la página 17. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web, en www.SeniorsGetMore.org. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia de pasos. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Él o ella puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del otro o si es necesario pedir una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabrá usted si el medicamento que desea tiene limitaciones o si es necesario hacer algo para obtener el medicamento?

La *Lista de medicamentos cubiertos* en la página 17 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas acerca de cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa [aprobación], límites de cantidad o de terapia de pasos)?

En algunos casos, le informaremos por anticipado si agregamos o cambiamos restricciones de aprobación previa, límites de cantidad o de terapia de pasos para un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información acerca de este aviso anticipado y de situaciones en las que podríamos no informarle por anticipado cuando nuestras reglas sobre medicamentos en la Lista de medicamentos cambien.

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



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

Hay dos maneras de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si sabe cómo deletrear el medicamento); **o**
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar por **orden alfabético**, busque su medicamento en el Índice de la sección Medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo a partir de la página 137.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por afección médica” en la página 14. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debería buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones cardíacas.

B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que desea tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si no ve su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro al 855-833-8123 (TTY: 711) y pregunte por este. Si descubre que Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options no cubrirá su medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pida a Servicios al Miembro una lista de medicamentos como el que usted desea tomar. Luego muéstrole la lista a su médico u otra persona que recete. Él o ella puede recetar un medicamento que esté en la Lista de medicamentos que sea parecido al que usted desea tomar. **O bien**
- Puede pedir al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si usted es un nuevo miembro en Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options y no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene un problema para obtener el medicamento?

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Él o ella puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en lugar del otro o si es necesario pedir una excepción.

Si su receta médica indica menos días, autorizaremos múltiples surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días del medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos; **o**
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por la persona que le receta; **o**
- el medicamento requiere la aprobación previa de Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options; **o**
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia de pasos.

Si está tomando un medicamento que nuestro plan no considera que sea un medicamento de la Parte D, tiene derecho a obtener un suministro único del medicamento para 72 horas.

Si usted está en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos o si no puede obtener el medicamento que necesita fácilmente, podemos ayudarle. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos que su receta indique menos días), ya sea un miembro nuevo en Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options o no.
- Esto es además de un suministro temporal durante los primeros 90 días en que sea un miembro de nuestro plan.

Si tiene un cambio en su nivel de atención (por ej., le dan de alta de un hospital o centro de atención médica a largo plazo para el hogar), podría necesitar tener un suministro temporal de medicamentos que sean surtidos cuando va de una instalación a otra. La farmacia que surta su medicamento podría solicitar una excepción si se comunica con nuestro servicio de asistencia de farmacias. Cubriremos un suministro de hasta 30 días por cada medicamento que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtener el medicamento es limitada para darle tiempo para hablar con su médico y cambiarse a un medicamento adecuado que cubrimos o solicitar una excepción al formulario a fin de que cubramos el medicamento que toma.

B10. ¿Puede solicitar una excepción para que cubramos su medicamento?

¡Sí! Puede solicitar a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options que haga una excepción para cubrir un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos.

También puede solicitar un cambio a las reglas en su medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

- Por ejemplo, nuestro plan puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que omitamos las restricciones de terapia de pasos o requisitos de aprobación previa.

B11. ¿Cómo puede solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios al Miembro. Un representante de Servicios al Miembro trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tarda obtener una excepción?

Primero, debemos obtener una declaración de la persona que le receta que respalde su solicitud de una excepción. Después de obtener la declaración, le daremos una decisión a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas.

Si usted o la persona que le receta consideran que su salud podría sufrir un daño grave si espera 72 horas para conocer la decisión, puede solicitar una excepción expedita. Esta es una decisión más rápida. Si la persona que le receta apoya su solicitud, le daremos una decisión en un plazo de 24 horas a partir de que obtengamos la declaración de respaldo de su médico.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que el medicamento de marca y por lo general no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC significa “de venta libre” (“over-the-counter”). Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options cubre algunos medicamentos OTC cuando están recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de plan para saber qué medicamentos OTC están cubiertos.

B15. ¿Cubre Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options suministros a largo plazo de medicamentos?



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos recetados enviado directamente a su casa. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacias minoristas para 90 días.** Algunas farmacias minoristas también podrían ofrecer un suministro para hasta 90 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B16. ¿Puedo recibir mis recetas entregadas directamente a mi hogar a través de mi farmacia local?

Su farmacia local podría entregarle su receta en su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega en el hogar.

B17. ¿Qué es el copago?

Los miembros de Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options no tienen copagos por medicamentos recetados y de venta libre (OTC) y por productos que no sean medicamentos siempre que el miembro siga las reglas del plan. Consulte las preguntas B14 y B15 para obtener más información sobre los medicamentos OTC y los productos que no son medicamentos.

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

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos están en el Nivel 1 y tienen \$0 de copago.

Los OTC tienen \$0 de copago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 855-833-8125 (TTY: 711).

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le da información acerca de los medicamentos cubiertos por Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice de Medicamentos cubiertos que comienza en la página 137. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options.

Nota: El nivel indicado como No de la Parte D al lado de un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen diferentes reglas para apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.SeniorsGetMore.org.

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si considera que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o MassHealth.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 855-833-8125 (TTY: 711). También puede leer el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debería buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones cardíacas.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos están en letra cursiva en minúsculas (por ej., *lisinopril*), los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (por ej., BYSTOLIC) y los medicamentos OTC y productos que no sean medicamentos están en minúsculas (por ej., aspirin). La información en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options tiene alguna regla para cubrir su medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options al 855-833-8125 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.SeniorsGetMore.org.

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (Lista de Cobertura de Medicamentos)

Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS	17
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS	18
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS	18
AGENTES CARDIOVASCULARES	20
AGENTES CONTRA LA BIPOLARIDAD	30
AGENTES CONTRA LA DEMENCIA	30
AGENTES CONTRA LA GOTA	31
AGENTES CONTRA LA MIGRAÑA	32
AGENTES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	32
AGENTES DENTALES Y BUCALES	33
AGENTES DERMATOLÓGICOS	33
AGENTES GASTROINTESTINALES	38
AGENTES GENITOURINARIOS	41
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (PITUITARIA)	43
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (TIROIDES)	43
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (ADRENALES)	44
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	45
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)	52
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)	53
AGENTES INMUNOLÓGICOS	53
AGENTES OFTALMOLÓGICOS	59
AGENTES ÓTICOS	62
AGENTES PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	63
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO	65
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA	69
AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS	70
AGENTES PARA TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS	71
ANALGÉSICOS	72
ANESTÉSICOS	74

ANSIOLÍTICOS.....	74
ANTIBACTERIALES.....	76
ANTICONVULSIVOS.....	83
ANTIDEPRESIVOS.....	87
ANTIEMÉTICOS.....	91
ANTIFÚNGICOS.....	91
ANTIMICOBACTERIALES.....	93
ANTINEOPLÁSICOS.....	94
ANTIPARASITARIOS.....	99
ANTIPSIKÓTICOS.....	100
ANTIVIRALES.....	104
COBERTURA EXTENDIDA.....	109
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS.....	110
EXPANSORES DE VOLUMEN DE MODIFICADORES DE LOS PRODUCTOS DE LA SANGRE	114
MEDICAMENTOS CUBIERTOS DE MASSHEALTH.....	116
MISCELÁNEOS.....	131
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE.....	131
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS.....	136
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	136

Leyenda

\$0 (1): Medicamentos cubiertos

\$0 (No de la Parte D): : Medicamentos cubiertos por MassHealth

BvD: Parte B vs. Parte D: Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias.

HRM: Medicamento de alto riesgo (requiere PA)

LA: Acceso limitado: Este medicamento recetado se limita a ciertas farmacias.

MO: Elegible para pedidos por correo: Este medicamento recetado también puede estar disponible por correo.

OTC: Medicamento de venta libre cubierto por MassHealth

PA1: Autorización previa: Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

PA2: Autorización previa (Solo cuando empieza a tomar un medicamento): Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento a menos que ya estuviera tomando el medicamento. Si tiene antecedentes de uso de este medicamento, no necesitará una autorización previa.

QL: Límite de cantidad-Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST1: Terapia de pasos: En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección.

ST2: Terapia de pasos (Solo cuando empieza a tomar un medicamento): En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento. Si tiene antecedentes de uso de este medicamento, no necesitará probar otro medicamento primer.

Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (Lista de Cobertura de Medicamentos)

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS		
MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	ST1; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %, 3 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ibuprofen oral tablet 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tolmetin sodium oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG, 68.5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	\$0 (1)	ST1; MO
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	\$0 (1)	PA1; LA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (1)	ST1; MO
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES		
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (1)	MO
<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>	\$0 (1)	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, OTROS		
<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>	\$0 (1)	MO
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	\$0 (1)	PA1; LA
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (30 EA per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 250 MCG	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (255 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0 (1)	PA1
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA1; LA
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1000 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA1; MO
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG	\$0 (1)	MO
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clonidine hcl transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (1)	MO
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>eprosartan mesylate oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
COMBINACIONES CONTRA LA HIPERTENSIÓN		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<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>	\$0 (1)	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<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>	\$0 (1)	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet 40-5 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<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>	\$0 (1)	MO
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG, 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG	\$0 (1)	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
DISLIPIDEMIAS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
DISLIPIDEMIAS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	\$0 (1)	ST1; MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
DISLIPIDEMIAS, OTROS		
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (1)	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; LA; MO; QL (4 ML per 28 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (1)	MO
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (1)	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
WELCHOL ORAL PACKET 3.75 GM	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	\$0 (1)	BvD
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS, INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURÉTICOS, TIAZIDA		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML	\$0 (1)	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
VASODILADORES, ACCIÓN DIRECTA ARTERIAL/VENOSA		
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	\$0 (1)	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (1)	MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (1)	MO
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG	\$0 (1)	MO
VASODILATADORES, ACCIÓN DIRECTA ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES CONTRA LA BIPOLARIDAD		
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 6-25 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 6-50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA LA DEMENCIA		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
RECEPTOR ANTAGONISTA N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 5 (28)-10 (21) mg</i>	\$0 (1)	QL (49 EA per 28 days)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 365 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA LA GOTA		
AGENTES CONTRA LA GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	ST1; MO
AGENTES CONTRA LA MIGRAÑA		
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA (5-HT) 1B/1D		
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (1)	QL (8 ML per 30 days)
ALCALOIDES DEL CORNEZUELO DE CENTENO		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (24 ML per 28 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (1)	QL (40 EA per 28 days)
AGENTES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO		
BENZODIAZEPINAS		
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
MODULADORES DEL RECEPTOR GABA		
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual 1.75 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (30 EA per 30 days)
TRASTORNO DEL SUEÑO, OTROS		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
BUTISOL SODIUM ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA1; LA
AGENTES DENTALES Y BUCALES		
AGENTES DENTALES Y BUCALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (1)	
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (1)	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	PA1
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0 (1)	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0 (1)	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	\$0 (1)	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	\$0 (1)	
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 %	\$0 (1)	ST2
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	\$0 (1)	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	\$0 (1)	
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
ELIDEL EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (1)	
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (1)	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine rectal cream 1-1 %</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (1)	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	\$0 (1)	
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %, 0.05 %	\$0 (1)	
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednicarbate external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (1)	
PROCTO-MED HC RECTAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %	\$0 (1)	
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %	\$0 (1)	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (1)	PA1
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (1)	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (1)	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (1)	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA1
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (1)	PA1
TAZORAC EXTERNAL GEL 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA1
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (1)	PA1
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACT	\$0 (1)	
AGENTES GASTROINTESTINALES		
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT	\$0 (1)	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0 (1)	MO
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA 2 (H2)		
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ranitidine hcl oral syrup 75 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0 (1)	ST1; MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	ST1; MO
<i>esomeprazole strontium oral capsule delayed release 49.3 mg</i>	\$0 (1)	ST1; MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lansoprazole oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO
LAXANTES		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML	\$0 (1)	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (1)	MO
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (1)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (1)	MO
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM	\$0 (1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	\$0 (1)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (1)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	\$0 (1)	
PREPOPIK ORAL PACKET 10-3.5-12 MG-GM-GM	\$0 (1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (1)	
TRILYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (1)	
PROTECTORES		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 1 GM/10ML	\$0 (1)	MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES GENITOURINARIOS		
AGENTES GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (1)	LA; MO
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG, 8 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	\$0 (1)	PA1; MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (1)	MO
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (1)	MO
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
PRODUCTOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (1)	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (1)	MO
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (1)	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0 (1)	
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (PITUITARIA)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (PITUITARIA)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (1)	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (1)	PA1; LA; MO
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (TIROIDES)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (TIROIDES)		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<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>	\$0 (1)	MO
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (1)	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (1)	MO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (1)	MO
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (1)	MO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (ADRENALES)		
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICAR (SUPRARRENALES)		
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (1)	MO
GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (1)	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (1)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
MEDROL ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (1)	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (1)	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
AGENTES DE MODIFICACIÓN DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO SELECTIVO		
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (1)	PA2; MO
ANDRÓGENOS		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)	\$0 (1)	PA2; MO
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/1.25GM (1.62%), 40.5 MG/2.5GM (1.62%)	\$0 (1)	PA2; MO
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (1)	PA2; MO
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	\$0 (1)	PA2; MO
ANTICONCEPTIVOS		
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
AMETHIA LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (1)	MO
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (1)	MO
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (1)	MO
CAZIAN ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG	\$0 (1)	MO
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	\$0 (1)	MO
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ENPRESSE-28 ORAL TABLET	\$0 (1)	MO
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (1)	MO
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (1)	MO
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (1)	MO
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (1)	MO
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (1)	MO
KIMIDESS ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (1)	MO
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LEVONEST ORAL TABLET	\$0 (1)	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	\$0 (1)	MO
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (1)	MO
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1 ML per 90 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
MONONESSA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NECON 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (1)	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (1)	MO
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (1)	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (1)	MO
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
OGESTREL ORAL TABLET 0.5-50 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (1)	MO
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (1)	MO
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (1)	MO
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (1)	MO
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
TRINESSA (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	
TRIVORA (28) ORAL TABLET	\$0 (1)	MO
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG	\$0 (1)	MO
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (1)	MO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (1)	MO
ESTEROIDES ANABÓLICOS		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; QL (60 EA per 30 days)
ESTRÓGENOS		
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1 MG/GM	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL 0.52 MG/0.87 GM (0.06%)	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<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>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<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>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>estropipate oral tablet 0.75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
PROGESTINAS		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	\$0 (1)	BvD
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
JOLIVETTE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2; HRM
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	PA2; HRM
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (1)	MO
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (1)	MO
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (1)	PA1; LA; MO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (1)	PA2

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (1)	PA1
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	\$0 (1)	PA2
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
INMUNOMODULADORES		
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0 (1)	PA1; MO
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (1)	LA; MO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
CARIMUNE NF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	\$0 (1)	PA1
COSENTYX 300 DOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
COSENTYX SENSOREADY 300 DOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (1)	PA1; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0 (1)	BvD
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML	\$0 (1)	BvD
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (1)	BvD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (1)	BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 40 MG/0.8ML (6 PACK), 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (1)	PA1; MO
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (1)	PA1; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	\$0 (1)	PA1; MO
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG	\$0 (1)	PA1; MO
SUPRESORES INMUNOLÓGICOS		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	\$0 (1)	BvD; MO
AZASAN ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	\$0 (1)	BvD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
CIMZIA PREFILLED SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	\$0 (1)	PA1
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (1)	BvD; MO
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	BvD; MO
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	BvD; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	\$0 (1)	PA1; MO
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	\$0 (1)	PA2; MO
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	BvD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	\$0 (1)	PA2; MO
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	BvD; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	BvD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	BvD
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	BvD
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 (1)	PA2; MO

VACUNAS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	\$0 (1)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	\$0 (1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-23-5 LF-MCG/0.5	\$0 (1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	\$0 (1)	BvD
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (1)	BvD
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML	\$0 (1)	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0 (1)	BvD
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (1)	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0 (1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (1)	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0 (1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0 (1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (1)	BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG	\$0 (1)	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0 (1)	BvD
<i>tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension 2-2 lf/0.5ml</i>	\$0 (1)	BvD
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720-20	\$0 (1)	BvD
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (1)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (1)	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML	\$0 (1)	PA1
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0 (1)	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	\$0 (1)	
AGENTES OFTALMOLÓGICOS		
AGENTES OFTALMOLÓGICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0 (1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (1)	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (1)	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	\$0 (1)	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	\$0 (1)	
AGENTES OFTALMOLÓGICOS CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (1)	MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	\$0 (1)	MO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	MO
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (1)	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>metipranolol ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %	\$0 (1)	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (1)	MO
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (1)	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES OFTALMOLÓGICOS, OTROS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	MO
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (1)	PA1; MO
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ANTIINFECCIOSOS OFTALMOLÓGICOS		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (1)	
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION 10-0.2 %	\$0 (1)	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0 (1)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (1)	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (1)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %	\$0 (1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (1)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (1)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (1)	
OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS Y ANÁLOGOS PROSTAMIDE		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (1)	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (1)	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (1)	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %	\$0 (1)	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
AGENTES ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	\$0 (1)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (1)	
AGENTES PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AGENTES CONTRA LA FIBROMIALGIA		
LYRICA ORAL CAPSULE 150 MG, 75 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	\$0 (1)	QL (110 EA per 365 days)
AGENTES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
AVONEX INTRAMUSCULAR KIT 30 MCG	\$0 (1)	PA1; MO
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1)	PA1; MO
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG	\$0 (1)	PA1
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, ANFETAMINAS		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
AGENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, NO ANFETAMINAS		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 27 mg, 54 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA1; MO
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO		
AGENTES CONTRA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (1)	PA1; MO
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	\$0 (1)	PA1; MO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
AGENTES NASALES		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0 (1)	QL (30 ML per 25 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (1)	QL (16 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 ML per 30 days)
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (12 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (240 ML per 25 days)
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	\$0 (1)	MO; QL (1 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	PA1; MO
ORKAMBI ORAL TABLET 200-125 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (1)	PA1; LA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (4 GM per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH	\$0 (1)	ST1; MO; QL (60 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (1)	PA1; LA
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR LEUCOTRIENO		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE 32 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	\$0 (1)	PA1; LA
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX 120 METERED DOSES INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
ASMANEX 30 METERED DOSES INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/INH, 220 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX 60 METERED DOSES INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (26 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (120 ML per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (21.2 GM per 30 days)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (252 ML per 25 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (4 GM per 30 days)
BRONCODILATADORES, INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (XANTINAS)		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0 (1)	PA1; MO
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (525 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (375 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (4 GM per 20 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (540 ML per 30 days)
<i>metaproterenol sulfate oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (17 GM per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (1)	MO; QL (2 EA per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES PARA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
AMINOSALICILATOS		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM	\$0 (1)	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (1)	
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 1.2 GM	\$0 (1)	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>alendronate sodium oral tablet 40 mg</i>	\$0 (1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (1)	BvD; MO; QL (3.7 ML per 30 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (1)	BvD; MO
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML	\$0 (1)	PA1; MO; QL (2.4 ML per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT	\$0 (1)	MO
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	MO
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (1)	ST1
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	\$0 (1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (1)	MO
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (1)	BvD; MO; QL (60 EA per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG	\$0 (1)	BvD; MO; QL (120 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	\$0 (1)	PA1; MO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (1)	PA1; QL (1.7 ML per 28 days)
AGENTES PARA TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
AGENTES DE CESACIÓN DE TABAQUISMO		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days)
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (1)	QL (2688 EA per 365 days)
ANSIOLÍTICOS/DISUASIVOS DEL ALCOHOL		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (1)	
TRATAMIENTOS DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	PA1

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (1)	PA1
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG	\$0 (1)	
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA		
ABSTRAL SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 100 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (1)	PA1
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg</i>	\$0 (1)	
BUPAP ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydromorphone hcl injection solution 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml, 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone-ibuprofen oral tablet 5-400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet 50-0.5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (1)	
ANALGÉSICOS OPIOIDES, EFECTO PROLONGADO		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr</i>	\$0 (1)	PA1
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (1)	PA1
<i>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (1)	PA1; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external gel 2 %</i>	\$0 (1)	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (1)	
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	\$0 (1)	QL (720 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (1)	QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (1200 EA per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (600 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	QL (240 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (1)	QL (600 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>lorazepam oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
ANTIBACTERIALES		
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (1)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0 (1)	PA1
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD
ANTIBACTERIALES, OTROS		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (1)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	\$0 (1)	BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (1)	PA1
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	PA1
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	\$0 (1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
MONUROL ORAL PACKET 3 GM	\$0 (1)	QL (2 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 365 days)
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1)	MO; QL (84 EA per 28 days)
BETALACTAMASA, CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	\$0 (1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 2 gm, 6 gm</i>	\$0 (1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	BvD
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM	\$0 (1)	BvD
BETALACTAMASA, OTROS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM	\$0 (1)	BvD
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (1)	BvD
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (1)	PA1; LA
<i>doripenem intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (1)	BvD
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
BETALACTAMASA, PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (1)	BvD
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	\$0 (1)	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	\$0 (1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (1)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (1)	BvD
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (1)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	\$0 (1)	BvD
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (1)	BvD
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (1)	BvD
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	ST1; QL (20 EA per 10 days)
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 200 MG/5ML	\$0 (1)	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 400 MG/5ML	\$0 (1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG	\$0 (1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (1)	BvD
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
QUINOLONAS		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)</i>	\$0 (1)	
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er oral tablet extended release 24 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	
SULFONAMIDAS		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (1)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (1)	
TETRACICLINAS		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (1)	BvD
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
ANTICONVULSIVOS		
AGENTES DE LOS CANALES DE SODIO		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (2400 ML per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (480 EA per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	MO
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG	\$0 (1)	MO; QL (480 EA per 30 days)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	MO
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
AGENTES MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (1)	MO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
AGENTES QUE AUMENTAN EL ÁCIDO GAMA-AMINO BUTÍRICO (GABA)		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	MO
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	MO
SABRIL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	PA2; LA; MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; QL (180 EA per 30 days)
AGENTES REDUCTORES DE GLUTAMATO		
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	\$0 (1)	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	\$0 (1)	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	\$0 (1)	
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA2; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA2; MO
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (1)	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (720 ML per 30 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
ROWEEPRA ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	MO
ROWEEPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	MO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<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>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
BENZODIAZEPINAS		
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG	\$0 (1)	
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 45 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (1)	PA2; MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA/NOREPINEFRINA		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (1)	QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0 (1)	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (300 ML per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (45 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTRO		
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (1)	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (1)	
COMPLEMENTOS DE TERAPIA EMETOGENICA		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (12 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (1)	BvD; QL (450 ML per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (30 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	BvD; QL (60 EA per 30 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG	\$0 (1)	BvD; QL (8 EA per 30 days)
ANTIFÚNGICOS		
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (1)	BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (1)	BvD
<i>amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>casprofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (1)	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>	\$0 (1)	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	\$0 (1)	
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	BvD
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	PA1

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (1)	
<i>ketconazole external cream 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>ketconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (1)	
<i>ketconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	BvD
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (1)	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG	\$0 (1)	PA1; MO
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (1)	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (1)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (1)	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (1)	
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	
ANTIMICOBACTERIALES		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (1)	
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0 (1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG	\$0 (1)	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	BvD
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA2
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA2
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	
AGENTES ANTIANGIOGÉNICOS		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	MO
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	\$0 (1)	BvD
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (1)	LA
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA2
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA2
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (1)	PA2
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA2
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA2; LA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA2; LA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA2

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA2
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA2; LA
FARESTON ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA2; MO
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA2
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA2
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (1)	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0 (1)	
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA2
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA2; LA
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	PA2
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	\$0 (1)	PA2; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0 (1)	PA2; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA2; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA2; LA
KISOALI 200 DOSE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI 400 DOSE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI 600 DOSE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI FEMARA 200 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA2

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
KISOALI FEMARA 400 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA2
KISOALI FEMARA 600 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 (2) MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) & 4 MG	\$0 (1)	PA2
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (2) MG	\$0 (1)	PA2
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (1)	PA2
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA2; LA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA2
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	\$0 (1)	PA2
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	\$0 (1)	PA2
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (1)	PA2
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA2; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (1)	PA2; LA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA2
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA2; LA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (1)	
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA2; LA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA2; LA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA2
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA2
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (1)	PA2
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA2; LA
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA2; LA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	MO
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA2
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0 (1)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
TOLAK EXTERNAL CREAM 4 %	\$0 (1)	
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (1)	
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA2
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (1)	PA2
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (1)	PA2; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA2; LA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA2
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA2
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA2; LA
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0 (1)	PA2
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA2
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA2
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA2; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA2
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA2
INHIBIDORES DE AROMATASA, 3.ª GENERACIÓN		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
ANTIPROTOZOARIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML	\$0 (1)	
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (1)	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	\$0 (1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (1)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (1)	MO
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (1)	BvD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (1)	BvD
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>	\$0 (1)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (1)	
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>lindane external shampoo 1 %</i>	\$0 (1)	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (1)	
ANTIPSIÓTICOS		
DE PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml, 5 mg/ml(1 ml prefilled syringe)</i>	\$0 (1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	BvD; MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	PA2; MO; HRM
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	ST2
DE SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (1 EA per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	ST2; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (1)	ST2; QL (16 EA per 365 days)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG	\$0 (1)	ST2
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (1)	
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.625ML	\$0 (1)	MO
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 60 MG, 80 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG	\$0 (1)	PA2; LA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (240 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (120 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1)	ST2; MO; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (1)	ST2
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (1)	ST2
ANTIVIRALES		
AGENTES ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (1)	MO
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (1)	
AGENTES ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (1)	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0 (1)	QL (112 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (1)	
AGENTES CONTRA EL VIH, INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA		
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIRAMUNE ORAL SUSPENSION 50 MG/5ML	\$0 (1)	MO; QL (1200 ML per 30 days)
AGENTES CONTRA EL VIH, INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (720 ML per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM	\$0 (1)	MO; QL (1200 ML per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (1)	MO; QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (2480 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (1680 ML per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

AGENTES CONTRA EL VIH, OTROS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (360 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (1800 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (1)	PA1; MO
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA2; MO
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (1)	PA2; MO
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC), ACCIÓN DIRECTA		
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (1)	PA1
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (1)	PA1
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS C (VHC), OTROS		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
MODERIBA 1200 DOSE PACK ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	
MODERIBA 800 DOSE PACK ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	
MODERIBA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML	\$0 (1)	PA1
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	\$0 (1)	PA1
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	
RIBASPHERE ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	
RIBASPHERE RIBAPAK ORAL TABLET 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	
RIBASPHERE RIBAPAK ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 400 MG, 400 & 600 MG	\$0 (1)	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG	\$0 (1)	PA2; MO
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS		
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (1)	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA1; MO
AGENTES CONTRA EL VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (300 ML per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	MO; QL (300 EA per 30 days)
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	\$0 (1)	MO; QL (300 EA per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (1800 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (1)	MO; QL (400 ML per 30 days)
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0 (1)	MO; QL (480 ML per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	MO; QL (480 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (1)	MO; QL (360 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	MO; QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
COBERTURA EXTENDIDA		
NO FRF		
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (1)	PA1; LA; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg</i>	\$0 (1)	MO
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	LA; MO
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	LA; MO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG	\$0 (1)	MO
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG	\$0 (1)	MO
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (1)	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA1
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (1)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (1)	PA1
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (1)	
NUTRIENTES		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 8.5 %	\$0 (1)	BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %, 8.5 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 7 %	\$0 (1)	BvD
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/10) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	BvD
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (1)	BvD
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (1)	BvD
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	\$0 (1)	BvD
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0 (1)	BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (1)	BvD
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %	\$0 (1)	BvD
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
<i>nutrilipid intravenous emulsion 20 %</i>	\$0 (1)	BvD
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (1)	BvD
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 6 %	\$0 (1)	BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0 (1)	BvD
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (1)	BvD
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (1)	BvD
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	BvD
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	BvD
REEMPLAZO DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (1)	BvD
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.33 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (1)	BvD
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (1)	MO
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 10 MEQ, 8 MEQ	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ, 8 MEQ	\$0 (1)	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (1)	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (1)	BvD
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (1)	
<i>sodium lactate intravenous solution 5 meq/ml</i>	\$0 (1)	BvD
EXPANSORES DE VOLUMEN DE MODIFICADORES DE LOS PRODUCTOS DE LA SANGRE		
AGENTES MODIFICADORES DE LAS PLAQUETAS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (1)	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	MO; QL (74 EA per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 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>	\$0 (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>	\$0 (1)	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML, 95000 UNIT/3.8ML	\$0 (1)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (1)	BvD
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	MO
<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>	\$0 (1)	MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	MO; QL (35 EA per 90 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (1)	QL (51 EA per 30 days)
MODIFICADORES DE LA FORMACIÓN DE LA SANGRE		
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA1
LEUKINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	\$0 (1)	PA1
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.3ML	\$0 (1)	PA1; LA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	\$0 (1)	PA1
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (1)	PA1
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (1)	MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA1
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA1; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (1)	QL (30 EA per 5 days)
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (1)	PA1
MEDICAMENTOS CUBIERTOS DE MASSHEALTH		
DE VENTA LIBRE		
12 hour allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
a-10000 oral capsule 10000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
acetaminophen oral tablet 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
acidophilus oral capsule	\$0 (No de la Parte D):	OTC
acidophilus probiotic oral tablet	\$0 (No de la Parte D):	OTC
alaway ophthalmic solution 0.025 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
aler-cap oral capsule 25 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
alertab oral tablet 25 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
all day pain relief oral tablet 220 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
allergy multi-symptom night oral tablet 25-5-325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
aminofen oral tablet 325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
antiseptic external solution 10 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
antiseptic skin cleanser external solution 4 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
artificial tears ophthalmic solution 1-0.3 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
aspir-81 oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
b complex vitamins oral capsule	\$0 (No de la Parte D):	OTC
b-1 high potency oral tablet 100 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
b-12 microlozenge sublingual tablet sublingual 500 mcg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
b2 oral tablet 100 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
b-50 complex oral tablet extended release	\$0 (No de la Parte D):	OTC
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
bismuth oral tablet chewable 262 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
c 500 oral tablet 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcidol oral solution 8000 unit/ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcionate oral syrup 1.8 gm/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcitrate oral tablet 950 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcium 600+d oral tablet 600-400 mg-unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcium acetate oral tablet 668 (169 ca) mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcium gluconate intravenous solution 10 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calcium lactate oral tablet 648 mg, 750 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
calcium oral tablet 600 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cal-lac oral capsule 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
calphron oral tablet 667 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
capsaicin external cream 0.1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
childrens aspirin free oral elixir 80 mg/2.5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
childrens ibuprofen oral suspension 40 mg/ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
childrens pain reliever oral tablet chewable 80 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cimetidine 200 oral tablet 200 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
coral calcium oral capsule 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
coral calcium oral tablet 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cranberry oral tablet 400 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs allergy relief oral capsule 10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
cvs digestive probiotic oral capsule 250 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs loperamide hcl oral suspension 1 mg/7.5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs nts step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs omeprazole oral capsule delayed release 20.6 (20 base) mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
cvs ranitidine oral tablet 75 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
d3 maximum strength oral liquid 5000 unit/ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
d-3-5 oral capsule 5000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
d-400 oral tablet 400 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
daily multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (No de la Parte D):	OTC
dandrex external shampoo 1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
decongestant 60 oral tablet 60 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
desitin clear external ointment	\$0 (No de la Parte D):	OTC
docusate calcium oral capsule 240 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
docusate sodium oral capsule 250 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
dormin oral capsule 25 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
dss oral capsule 100 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eq nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eq ranitidine oral tablet 75 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eq acetaminophen oral tablet dispersible 80 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eq aller-ease oral tablet 180 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eql antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eql ear drops otic solution 6.5 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eql folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eql gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eql lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
eql nicotine polacrilex mouth/throat gum 4 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
famotidine oral tablet 10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ferrogels forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
flonase sensimist nasal suspension 27.5 mcg/spray	\$0 (No de la Parte D):	OTC
glycerin (pediatric) rectal suppository 1.2 gm	\$0 (No de la Parte D):	OTC
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
gnp antacid ultra strength oral tablet chewable 1000 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
goodsense naproxen sodium oral tablet 220 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
heartburn antacid ex st oral tablet chewable 160-105 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
hydrocortisone external cream 0.5 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
hydrogen peroxide external solution 3 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ibu oral tablet 400 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ibuprofen oral tablet 200 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
infants gas relief oral suspension 40 mg/0.6ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
isopropyl alcohol solution 91 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
i-vite oral tablet	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
johnsons diaper rash medicated external ointment 40 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
just tears eye drops ophthalmic solution	\$0 (No de la Parte D):	OTC
kaolin powder	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ketostix in vitro strip	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lac-dose oral tablet 3000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lactic acid e external cream 10-3500 %-unt/30gm	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lactinex oral tablet chewable	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lanabiotic external ointment 5-500-10000	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lice treatment max st combination kit 0.33-4-0.5 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lidocream external cream 4 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
long lasting antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
loperamide hcl oral liquid 1 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
loradamed oral tablet 10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
lotrimin af deodorant powder external aerosol powder 2 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
maalox max oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
magnesium oral tablet 200 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 400 mg, 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
magnesium-chelated zinc oral tablet 133.33-5 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
magnesium-oxide oral tablet 400 (241.3 mg) mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
maox oral tablet 420 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
mapap acetaminophen extra str oral liquid 500 mg/15ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meclizine hcl oral tablet chewable 25 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meijer aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meijer aspirin free oral tablet 325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meijer calamine external lotion	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meijer glucose oral tablet chewable 4-6 gm-mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meijer saline nasal spray nasal solution 0.65 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
meijer triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (No de la Parte D):	OTC
melatonin oral tablet 1 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
melatonin oral tablet dispersible 3 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
miconazole 3 vaginal cream 4 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 400 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
minerin external cream	\$0 (No de la Parte D):	OTC
minerin external lotion	\$0 (No de la Parte D):	OTC
multi vitamin oral tablet	\$0 (No de la Parte D):	OTC
muscle rub ultra strength external cream 8-30 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
naphazoline hcl ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
naproxen sodium oral tablet 220 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
nasal allergy 24 hour nasal aerosol 55 mcg/act	\$0 (No de la Parte D):	OTC
natural oatmeal bath treatment external packet 100 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
nexium 24hr oral tablet delayed release 20 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
niacin er oral capsule extended release 250 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
no flush niacin oral tablet 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
non-aspirin extra strength oral capsule 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
opurity vitamin d oral tablet chewable 5000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
orazinc oral capsule 220 (50 zn) mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
oysco 500+d oral tablet 500-200 mg-unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
oyster shell calcium oral tablet 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
oyster shell calcium/d oral tablet 500-200 mg-unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
oyster-cal 500 oral tablet 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
pa vitamin d-3 gummy oral tablet chewable 400 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
pa vitamin d-3 oral capsule 2000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
pediatric electrolyte oral solution	\$0 (No de la Parte D):	OTC
permethrin external lotion 1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
phenazo oral tablet 200 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
psyllium husk oral powder 100 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
pyridoxine hcl oral tablet 25 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc acid controller oral tablet 10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc allergy relief childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc effervescent antacid/pain oral tablet effervescent 325-1000-1916 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
qc tolnaftate external cream 1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra athletes foot external cream 1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra b-complex with b-12 oral tablet	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra calcium 600 oral tablet 600 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-200 mg-unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra clotrimazole 7 vaginal cream 1 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra fiber-cap oral tablet 625 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra hi-cal plus vitamin d oral tablet 500-200 mg-unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra instant hand sanitizer/aloe external liquid 62 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra niacin oral tablet 100 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
sm magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
sm mineral oil oral oil	\$0 (No de la Parte D):	OTC
sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
sodium chloride oral tablet 1 gm	\$0 (No de la Parte D):	OTC
stool softener oral tablet 100 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
sudafed 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
super omega-3 oral capsule 1000 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
th magnesium oral tablet 200 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
the magic bullet rectal suppository 10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
titralac oral tablet chewable 420 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
trav-tabs oral tablet 50 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
triple antibiotic external ointment 5-400-5000	\$0 (No de la Parte D):	OTC
value plus glucose oral gel 40 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vcf vaginal contraceptive vaginal gel 4 %	\$0 (No de la Parte D):	OTC

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
vitamin a palmitate oral tablet 10000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin b-6 er oral tablet extended release 200 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin b6 oral tablet 250 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 1000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin d oral liquid 400 unit/ml	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin d3 oral capsule 1000 unit, 400 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin d3 oral tablet 1000 unit, 2000 unit, 5000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin d3 oral tablet chewable 2000 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
vitamin e oral capsule 100 unit, 200 unit, 400 unit	\$0 (No de la Parte D):	OTC
wal-dryl allrgy/sinus headache oral tablet 12.5-5-325 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
wal-dryl-d allergy/sinus oral tablet 25-10 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
wal-finate oral tablet 4 mg	\$0 (No de la Parte D):	OTC
NO DE LA PARTE D RX		
aerochamber mini chamber device	\$0 (No de la Parte D):	
b-12 injection kit 1000 mcg/ml	\$0 (No de la Parte D):	
cherry oral syrup	\$0 (No de la Parte D):	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	\$0 (No de la Parte D):	
fe-succ ac-c-thre ac-b12-fa oral capsule 50-100 mg	\$0 (No de la Parte D):	
folic acid oral tablet 1 mg	\$0 (No de la Parte D):	
hydroxocobalamin intramuscular solution 1000 mcg/ml	\$0 (No de la Parte D):	
nascobal nasal solution 500 mcg/0.1ml	\$0 (No de la Parte D):	
ora-plus oral liquid	\$0 (No de la Parte D):	
pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml	\$0 (No de la Parte D):	
reno caps oral capsule 1 mg	\$0 (No de la Parte D):	
simple syrup oral syrup	\$0 (No de la Parte D):	
sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %	\$0 (No de la Parte D):	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 50000 unit	\$0 (No de la Parte D):	
MISCELÁNEOS		
MISCELÁNEOS		
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (1)	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (1)	MO
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AGENTES ANTIDIABÉTICOS, SUMINISTRO		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (1)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (1)	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualize: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (1)	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (1)	
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (1)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (1)	
AGENTES ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
AVANDIA ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>chlorpropamide oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (1)	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (1)	PA1; MO; HRM
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (120 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (1)	MO
OZEMPIC SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.25 OR 0.5 MG/DOSE, 1 MG/DOSE	\$0 (1)	MO
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	\$0 (1)	MO
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5ML	\$0 (1)	MO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (1)	MO
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	\$0 (1)	PA1; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	\$0 (1)	PA1; MO
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (1)	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	MO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML	\$0 (1)	MO
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (1)	MO
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (1)	MO
AGENTES GLUCÉMICOS		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	\$0 (1)	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG	\$0 (1)	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	MO
INSULINAS		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (1)	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 16 de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualizó: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

Nombre del medicamento	Medicamentos cubiertos (Nivel del Medicamento)	Requisitos/Límites
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (1)	MO
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS		
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	\$0 (1)	PA1; HRM
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (1)	MO
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (1)	
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
REEMPLAZO DE ENZIMAS/MODIFICADORES		
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0 (1)	MO
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (1)	PA1; LA
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG	\$0 (1)	PA1; LA; MO
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (1)	BvD
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (1)	BvD
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (1)	PA1; LA; MO; QL (90 EA per 30 days)
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	LA; MO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	\$0 (1)	LA; MO
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	\$0 (1)	LA; MO
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM	\$0 (1)	PA1; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página XX de la introducción. Identificación del formulario: 19479, Versión 7 Fecha en que se actualiza: 2018/11/12 Efectivo: 2019/01/01

ARNUITY ELLIPTA	67	b-12 microlozenge	118	BLEPHAMIDE	61
artificial tears.....	117	b2.....	118	BLEPHAMIDE S.O.P. ...	61
ASMANEX 120 METERED		b-50 complex	118	BLISOVI 24 FE.....	46
DOSES.....	67	bacitracin.....	60	BLISOVI FE 1.5/30.....	46
ASMANEX 30 METERED		bacitracin-polymyxin b..	60	BLISOVI FE 1/20.....	46
DOSES.....	68	bacitra-neomycin-		BOOSTRIX	57
ASMANEX 60 METERED		polymyxin-hc	61	BOSULIF	95
DOSES.....	68	baclofen.....	136	BREO ELLIPTA	66
ASMANEX HFA	68	balsalazide disodium ...	69	brillyn.....	46
aspir-81	117	BALZIVA	46	BRILINTA.....	115
aspirin	117	BANZEL.....	83	brimonidine tartrate	59
aspirin-dipyridamole er	115	BARACLUDGE	107	BRIVIACT	85, 86
ASSURE ID INSULIN		bcg vaccine	57	bromocriptine mesylate	19
SAFETY SYR.....	131	BELSOMRA.....	33	BROMSITE	61
ASTAGRAF XL.....	55	benazepril hcl.....	29	budesonide	44, 68
atazanavir sulfate	109	benazepril-		budesonide er	44
atenolol.....	20	hydrochlorothiazide ...	24	bumetanide.....	28
atenolol-chlorthalidone..	24	BENLYSTA.....	55	BUPAP.....	72
atomoxetine hcl.....	64	benznidazole	100	buprenorphine.....	74
atorvastatin calcium.....	26	benzoyl peroxide-		buprenorphine hcl	71
atovaquone	100	erythromycin	34	buprenorphine hcl-	
atovaquone-proguanil hcl		benztropine mesylate....	19	naloxone hcl	72
.....	100	BEPREVE.....	59	bupropion hcl.....	87
ATRIPLA	104	BESIVANCE	60	bupropion hcl er (smoking	
atropine sulfate	60	betamethasone		det)	71
AUBAGIO	63	dipropionate.....	34	bupropion hcl er (sr) ...	87
AUBRA	46	betamethasone		bupropion hcl er (xl)....	87
AURYXIA.....	42	dipropionate aug.....	34	bupirone hcl	75
AUSTEDO.....	65	betamethasone valerate	35	butalbital-acetaminophen	
AVANDIA.....	132	BETASERON	63	.....	72
AVIANE.....	46	betaxolol hcl.....	20, 59	butalbital-apap-caff-cod	72
AVONEX	63	bethanechol chloride ...	41	butalbital-apap-caffeine	72
AVONEX PEN.....	63	bexarotene	95	butalbital-asa-caff-codeine	
AVONEX PREFILLED	63	BEXSERO	57	.....	72
AZACTAM.....	79	bicalutamide	95	BUTISOL SODIUM.....	33
AZASAN	55	BICILLIN C-R	80	butorphanol tartrate	72
azathioprine.....	55	BICILLIN C-R 900/300	80	BYSTOLIC.....	20
azelastine hcl.....	59, 65	BICILLIN L-A.....	80	C	
azithromycin	81	BIKTARVY.....	107	c 500.....	118
AZOPT	59	bimatoprost	62	cabergoline	43
aztreonam	79	bisacodyl ec	118	CABOMETYX.....	95
B		bismuth	118	calcidol	118
b complex vitamins.....	118	bisoprolol fumarate	20	calcionate.....	118
b-1 high potency.....	118	bisoprolol-		calcipotriene	35
b-12	130	hydrochlorothiazide ...	24	calcitonin (salmon)	70

calcitrate	118	cefepime hcl	78	CIPRODEX	63
calcitriol	35, 70	cefoxitin sodium	78	ciprofloxacin	82
calcium	119	cefepodoxime proxetil ...	78	ciprofloxacin hcl ...	60, 63, 82
calcium 600+d	118	cefprozil	78	ciprofloxacin in d5w	82
calcium acetate	118	ceftazidime	78	ciprofloxacin-ciproflox hcl	
binder)	42	ceftriaxone sodium	78	er	82
calcium carbonate antacid		cefuroxime axetil	78	citalopram hydrobromide	
.....	118	cefuroxime sodium	78	.....	88
calcium gluconate	118	celecoxib	17	CLARAVIS	35
calcium lactate	118	CELONTIN	84	clarithromycin	81
cal-lac	119	cephalexin	78, 79	clarithromycin er	81
calphron	119	cetirizine hcl	67	CLENPIQ	40
CALQUENCE	95	cevimeline hcl	33	clindamycin hcl	76
CAMILA	51	CHANTIX	71	clindamycin palmitate hcl	
CAMRESE LO	46	CHANTIX CONTINUING		.....	76
candesartan cilexetil	23	MONTH PAK	71	clindamycin phosphate 35,	
candesartan cilexetil-hctz		CHANTIX STARTING		43, 76	
.....	24	MONTH PAK	71	clindamycin phosphate in	
CAPRELSA	95	cherry	130	d5w	76
capsaicin	119	childrens allergy	119	CLINIMIX E/DEXTROSE	
captopril	29	childrens aspirin	119	(2.75/10)	111
captopril-		childrens aspirin free ..	119	CLINIMIX E/DEXTROSE	
hydrochlorothiazide ...	25	childrens ibuprofen	119	(2.75/5)	111
CARAFATE	41	childrens pain reliever	119	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARBAGLU	136	childrens silapap	119	(4.25/10)	111
carbamazepine	86	chlordiazepoxide hcl	75	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine er	86	chlordiazepoxide-		(4.25/25)	111
carbidopa-levodopa	18	amitriptyline	90	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa er ...	18	chlorhexidine gluconate	33	(4.25/5)	111
carbidopa-levodopa-		chloroquine phosphate	100	CLINIMIX E/DEXTROSE	
entacapone	19	chlorothiazide	28	(5/15)	111
carbinoxamine maleate .	67	chlorpromazine hcl	100	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARIMUNE NF	53	chlorpropamide	132	(5/20)	111
carisoprodol	136	chlorthalidone	28	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carteolol hcl	59	chlorzoxazone	136	(5/25)	111
CARTIA XT	21	cholestyramine	27	CLINIMIX/DEXTROSE	
carvedilol	20	cholestyramine light	27	(2.75/5)	111
casprofungin acetate	92	ciclopirox	92	CLINIMIX/DEXTROSE	
CAYSTON	79	ciclopirox olamine	92	(4.25/10)	111
CAZIAN T	46	cilostazol	115	CLINIMIX/DEXTROSE	
cefaclor	77	CIMDUO	105	(4.25/20)	111
cefadroxil	77, 78	cimetidine 200	119	CLINIMIX/DEXTROSE	
cefazolin sodium	78	CIMZIA	55	(4.25/25)	112
cefdinir	78	CIMZIA PREFILLED	55		
		CINRYZE	22		

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	112	coral calcium.....	119	darifenacin hydrobromide er.....	42
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	112	CORLANOR.....	22	DEBLITANE.....	52
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	112	COSENTYX 300 DOSE..	53	decongestant.....	120
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25).....	112	COSENTYX SENSOREADY 300 DOSE.....	53	decongestant 60.....	120
CLINISOL SF.....	112	COTELLIC.....	95	DELYLA.....	47
clobetasol prop emollient base.....	35	cranberry.....	119	DEMSEER.....	44
clobetasol propionate....	35	CREON.....	38	DEPEN TITRATABS.....	94
clobetasol propionate e....	35	CRIXIVAN.....	109	DEPO-PROVERA.....	52
clomipramine hcl.....	90	cromolyn sodium....	59, 66	DESCOVY.....	105
clonazepam.....	75	CRYSELLE-28.....	46	desipramine hcl.....	90
clonidine hcl.....	23	cvs allergy relief.....	119	desitin clear.....	120
clonidine hcl er.....	64	cvs childrens ibuprofen	119	desloratadine.....	67
clopidogrel bisulfate...	115	cvs digestive probiotic	120	desmopressin ace spray refrig.....	43
clorazepate dipotassium	75	cvs gauze sterile.....	131	desmopressin acetate...	43
clotrimazole.....	92	cvs loperamide hcl.....	120	desogestrel-ethinyl estradiol.....	47
clotrimazole- betamethasone.....	35	cvs nicotine polacrilex	120	desonide.....	35
clozapine.....	100	cvs nts step 1.....	120	desoximetasone.....	35, 36
COARTEM.....	100	cvs omeprazole.....	120	desvenlafaxine er.....	88
codeine sulfate.....	72	cvs ranitidine.....	120	desvenlafaxine succinate er	88
colchicine.....	31	cyanocobalamin.....	131	dexamethasone.....	44
colchicine-probenecid...	31	CYCLAFEM 1/35.....	46	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	44
colesevelam hcl.....	27	CYCLAFEM 7/7/7.....	47	dexamethasone sodium phosphate.....	61
colestipol hcl.....	27	cyclobenzaprine hcl....	136	DEXILANT.....	40
colistimethate sodium (cba).....	77	cyclophosphamide.....	94	dexmethylphenidate hcl	64
COMBIGAN.....	59	CYCLOSET.....	132	dextroamphetamine sulfate	64
COMBIVENT RESPIMAT	69	cyclosporine.....	55	dextrose.....	112
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	95	cyclosporine modified...	55	dextrose-nacl.....	113
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	95	cyproheptadine hcl.....	67	DIASTAT ACUDIAL.....	87
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	95	CYSTADANE.....	136	DIASTAT PEDIATRIC...	87
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE .	131	CYSTARAN.....	60	diazepam.....	75, 110
COMPLERA.....	104	D		DIAZEPAM INTENSOL .	75
COMPRO.....	91	d3 maximum strength.	120	diclofenac potassium...	17
CONDYLOX.....	35	d-3-5.....	120	diclofenac sodium...	17, 61
COPAXONE.....	63	d-400.....	120	diclofenac sodium er....	17
		daily multiple vitamins/iron	120	diclofenac-misoprostol..	17
		dalfampridine er.....	109	dicloxacin sodium.....	80
		DALIRESP.....	68	dicyclomine hcl.....	39
		danazol.....	45	didanosine.....	105, 106
		dandrex.....	120		
		dapsone.....	77		
		DAPTACEL.....	57		
		daptomycin.....	77		

DIFICID.....	81	duloxetine hcl.....	88	eq ranitidine	121
diflorasone diacetate.....	36	duramorph	72	eql acetaminophen	121
diflunisal	17	DUREZOL	61	eql aller-ease	121
DIGITEK.....	22	dutasteride.....	41	eql antacid extra strength	
DIGOX.....	22	dutasteride-tamsulosin hcl		.....	121
digoxin	22	.....	41	eql ear drops.....	121
dihydroergotamine		E		eql folic acid.....	121
mesylate	32	econazole nitrate.....	92	eql gas relief ultra strength	
DILANTIN	83	EDURANT.....	105	.....	121
diltiazem hcl.....	21	efavirenz	105	eql lice killing max st .	121
diltiazem hcl er	21	ELESTRIN.....	51	eql nicotine polacrilex	121
diltiazem hcl er beads ...	21	eletriptan hydrobromide	32	ERAXIS	92
diltiazem hcl er coated		ELIDEL.....	36	ergoloid mesylates	32
beads.....	21	ELIGARD	95	ergotamine-caffeine	32
dilt-xr.....	21	ELIQUIS	115	ERIVEDGE	96
diphenoxylate-atropine ..	38	ELMIRON	41	ERLEADA	96
diphtheria-tetanus toxoids		EMCYT	96	ERRIN.....	52
dt.....	57	EMOQUETTE	47	ery	36
dipyridamole.....	115	EMSAM	88	ERYPED 200	81
disopyramide phosphate	24	EMTRIVA	106	ERYPED 400	81
disulfiram.....	71	EMVERM	99	ERY-TAB	81
DIURIL	28	enalapril maleate	29	ERYTHROCIN	
divalproex sodium.....	84	enalapril-		LACTOBIONATE.....	81
divalproex sodium er	84	hydrochlorothiazide ...	25	erythromycin	36, 60
DIVIGEL	51	ENBREL	53	erythromycin base.....	81
docusate calcium	120	ENBREL SURECLICK...	53	erythromycin	
docusate sodium	120	ENDARI	136	ethylsuccinate.....	81
dofetilide.....	24	enema ready-to-use	121	ESBRIET	65
donepezil hcl	30, 31	ENGERIX-B.....	57	escitalopram oxalate	89
doripenem	79	enoxaparin sodium	115	esomeprazole magnesium	
dormin	121	ENPRESSE-28	47	.....	40
dorzolamide hcl.....	59	ENSKYCE	47	esomeprazole strontium	40
dorzolamide hcl-timolol		entacapone	19	ESTARYLLA.....	47
mal.....	60	entecavir.....	108	estazolam	32
doxazosin mesylate	20	ENTRESTO	25	estradiol	43, 51
doxepin hcl.....	90	enulose.....	40	estropipate.....	51
DOXY 100	82	ENVARUSUS XR	55	ethambutol hcl	94
doxycycline hyclate.....	82	epinastine hcl.....	59	ethosuximide.....	84
doxycycline monohydrate		epinephrine	66	ethynodiol diac-eth	
.....	83	EPITOL.....	86	estradiol	47
dronabinol	91	EPIVIR HBV	108	etodolac	17
drospironone-ethinyl		eplerenone	28	etodolac er.....	17
estradiol.....	47	EPOGEN	116	EUCRISA.....	36
DROXIA.....	94	eprosartan mesylate.....	23	EVAMIST	51
dss	121	eq nicotine.....	121	EVOTAZ.....	109

EXEL COMFORT POINT		
PEN NEEDLE	132	
exemestane.....	99	
EXJADE.....	110	
ezetimibe	27	
F		
FALMINA	47	
famciclovir.....	104	
famotidine	39, 121	
FANAPT	102	
FANAPT TITRATION PACK		
.....	102	
FARESTON.....	96	
FARYDAK	96	
felbamate	86	
felodipine er	21	
FEMYNOR	47	
fenofibrate.....	26	
fenofibrate micronized ..	26	
fenofibric acid.....	26	
fentanyl.....	74	
FERRIPROX.....	110	
ferrogels forte.....	121	
ferrous fumarate.....	121	
fe-succ ac-c-thre ac-b12-fa		
.....	131	
FETZIMA.....	89	
FETZIMA TITRATION....	89	
fexofenadine hcl.....	122	
FIASP	134	
FIASP FLEXTOUCH	134	
finasteride	41	
FIRAZYR	23	
FIRMAGON.....	96	
flavoxate hcl	42	
FLEBOGAMMA DIF.....	54	
flecainide acetate	24	
flonase sensimist.....	122	
FLOVENT DISKUS.....	68	
FLOVENT HFA	68	
fluconazole	92	
fluconazole in sodium		
chloride	92	
flucytosine.....	92	
fludrocortisone acetate..	44	
flunisolide	65	
fluocinolone acetonide .	36,	
63		
fluocinolone acetonide		
scalp	36	
fluocinonide	36	
fluocinonide emulsified		
base	36	
fluorometholone	61	
fluorouracil.....	96	
fluoxetine hcl.....	89	
fluphenazine decanoate		
.....	101	
fluphenazine hcl	101	
flurazepam hcl.....	32	
flurbiprofen	17	
flurbiprofen sodium	61	
flutamide	96	
fluticasone propionate .	36,	
65		
fluticasone-salmeterol...	66	
fluvastatin sodium.....	26	
fluvastatin sodium er ...	26	
fluvoxamine maleate.....	89	
fluvoxamine maleate er .	89	
folic acid.....	131	
fondaparinux sodium ..	115	
FORTEO.....	70	
FOSAMAX PLUS D	70	
fosamprenavir calcium		
109		
fosinopril sodium	29	
fosinopril sodium-hctz ..	25	
FRAGMIN	115	
FREAMINE HBC	112	
furosemide	28	
FUZEON	107	
FYCOMPA	84, 86	
G		
gabapentin	84	
galantamine hydrobromide		
.....	31	
galantamine hydrobromide		
er	31	
GAMMAGARD.....	54	
GAMMAGARD S/D LESS		
IGA.....	54	
GAMMAPLEX	54	
GARDASIL 9	57	
gatifloxacin	60	
GATTEX.....	39	
GAVILYTE-C.....	40	
GAVILYTE-G.....	40	
GAVILYTE-N WITH		
FLAVOR PACK	40	
gemfibrozil.....	26	
generlac	40	
GENGRAF.....	55	
GENTAK	60	
gentamicin in saline....	76	
gentamicin sulfate .	36, 60,	
76		
GENVOYA	105	
GEODON	102	
GIANVI	47	
GILENYA	63	
GILOTRIF	96	
glatiramer acetate.....	63	
GLEOSTINE	94	
glimepiride	132	
glipizide	132	
glipizide er	132	
glipizide-metformin hcl		
132		
global alcohol prep ease		
.....	132	
GLUCAGEN HYPOKIT		
134		
GLUCAGON EMERGENCY		
.....	134	
glyburide	132	
glyburide micronized ..	132	
glyburide-metformin...	132	
glycerin (pediatric)....	122	
glycopyrrolate.....	40	
gnp all day allergy.....	122	
gnp antacid ultra strength		
.....	122	
gnp terbinafine		
hydrochloride.....	122	
GOCOVRI.....	19	
GOLYTELY	40	

goodsense naproxen
 sodium..... 122
 granisetron hcl 91
 griseofulvin microsize... 92
 griseofulvin ultramicrsize
 92
 guanfacine hcl 23
 guanfacine hcl er..... 64
 guanidine hcl..... 18
H
 halobetasol propionate .. 36
 haloperidol 101
 haloperidol decanoate . 101
 haloperidol lactate..... 101
 HAVRIX..... 57
 heartburn antacid ex st 122
 heparin sodium (porcine)
 115
 HEPATAMINE 112
 HEXALEN 94
 HIBERIX 57
 HUMIRA 54
 HUMIRA PEDIATRIC
 CROHNS START 54
 HUMIRA PEN 54
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS
 STARTER 54
 HUMIRA PEN-PS/UV
 STARTER 54
 HUMULIN R U-500
 (CONCENTRATED) .. 134
 HUMULIN R U-500
 KWIKPEN 135
 hydralazine hcl..... 30
 hydrochlorothiazide..... 28
 hydrocodone-
 acetaminophen ... 72, 73
 hydrocodone-ibuprofen.. 73
 hydrocortisone 37, 44, 122
 hydrocortisone ace-
 pramoxine 36
 hydrocortisone butyrate . 37
 hydrocortisone-acetic acid
 63
 hydrogen peroxide 122
 hydromorphone hcl..... 73
 hydromorphone hcl er... 74
 hydroxocobalamin 131
 hydroxychloroquine sulfate
 131
 hydroxyurea 96
 hydroxyzine hcl 75
 hydroxyzine pamoate 75
I
 ibandronate sodium..... 70
 IBRANCE 96
 ibu 122
 IBU 17
 ibuprofen 17, 122
 ICLUSIG 96
 IDHIFA 96
 ILEVRO..... 61
 imatinib mesylate..... 96
 IMBRUVICA 96
 imipenem-cilastatin..... 79
 imipramine hcl 90
 imipramine pamoate..... 90
 imiquimod..... 37
 IMOVAX RABIES..... 57
 INCASSIA 52
 INCRELEX..... 43
 indapamide 29
 indomethacin 17
 indomethacin er..... 17
 INFANRIX 57
 infants gas relief 122
 INLYTA..... 96
 INTELENCE 105
 INTRALIPID 112
 INTRAROSA 43
 INTRON A..... 107
 INTROVALE..... 47
 INVANZ 79
 INVEGA SUSTENNA... 102
 INVEGA TRINZA 102
 INVIRASE 109
 INVOKAMET..... 132
 INVOKAMET XR..... 132
 INVOKANA..... 132
 IPOL..... 57
 ipratropium bromide65, 68
 ipratropium-albuterol ... 69
 irbesartan 23
 irbesartan-
 hydrochlorothiazide... 25
 IRESSA 96
 iron 122
 ISENTRESS 107
 ISENTRESS HD..... 107
 ISIBLOOM 47
 ISOLYTE-P IN D5W ... 110
 ISOLYTE-S..... 112
 isoniazid 94
 isopropyl alcohol..... 122
 isosorbide dinitrate 29
 isosorbide dinitrate er... 29
 isosorbide mononitrate . 29
 isosorbide mononitrate er
 29
 isotretinoin 37
 isradipine 21
 itraconazole 92
 ivermectin..... 99
 i-vite 122
 IXIARO 57
J
 JADENU 110
 JADENU SPRINKLE... 110
 JAKAFI 96
 JANTOVEN 115
 JANUMET..... 132
 JANUMET XR..... 133
 JANUVIA 133
 JARDIANCE 133
 johnsons diaper rash
 medicated 123
 JOLIVETTE 52
 JUBLIA 93
 JULEBER 47
 JULUCA 106
 JUNEL 1.5/30..... 47
 JUNEL 1/20..... 47
 JUNEL FE 1.5/30..... 47
 JUNEL FE 1/20..... 47
 JUNEL FE 24..... 47

just tears eye drops.....	123				
JUXTAPID	27				
K					
KALETRA	109				
KALYDECO	66				
kaolin.....	123				
KARIVA.....	47				
kcl in dextrose-nacl.....	113				
kcl-lactated ringers-d5w	113				
KELNOR 1/35.....	47				
KELNOR 1/50.....	48				
ketoconazole.....	93				
ketoprofen er	17				
ketorolac tromethamine 17, 62					
ketostix	123				
KIMIDESS	48				
KINERET.....	56				
KINRIX	57				
KIONEX.....	110				
KISQALI 200 DOSE.....	96				
KISQALI 400 DOSE.....	96				
KISQALI 600 DOSE.....	96				
KISQALI FEMARA 200 DOSE.....	96				
KISQALI FEMARA 400 DOSE.....	97				
KISQALI FEMARA 600 DOSE.....	97				
KLOR-CON	113				
KLOR-CON 10	113				
KLOR-CON M10.....	113				
KLOR-CON M15.....	113				
KLOR-CON M20.....	113				
KLOR-CON SPRINKLE	113				
KORLYM	52				
K-TAB	114				
KURVELO.....	48				
KUVAN	136				
KYNAMRO.....	27				
L					
labetalol hcl.....	20				
lac-dose	123				
lactic acid e.....	123				
lactinex.....	123				
lactulose	40				
lamivudine	106, 108				
lamivudine-zidovudine	106				
lamotrigine.....	85				
lamotrigine er	85				
lamotrigine starter kit-blue	85				
lamotrigine starter kit- green.....	85				
lamotrigine starter kit- orange	85				
lanabiotic.....	123				
lansoprazole	40				
LANTUS	135				
LANTUS SOLOSTAR ..	135				
LARIN 1.5/30.....	48				
LARIN 1/20	48				
LARIN FE 1.5/30.....	48				
LARIN FE 1/20.....	48				
LARISSIA.....	48				
latanoprost	62				
LATUDA.....	102				
LEENA.....	48				
leflunomide.....	54				
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	97				
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	97				
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	97				
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	97				
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	97				
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	97				
LESSINA.....	48				
LETAIRIS.....	67				
letrozole.....	99				
leucovorin calcium	97				
LEUKERAN	94				
LEUKINE	116				
leuprolide acetate	97				
LEVEMIR	135				
LEVEMIR FLEXTOUCH	135				
levetiracetam	86				
levetiracetam er.....	86				
levobunolol hcl	60				
levocarnitine	136				
levocetirizine dihydrochloride	67				
levofloxacin.....	60, 82				
levofloxacin in d5w	82				
LEVONEST	48				
levonorgest-eth estrad 91- day	48				
levonorgestrel-ethinyl estrad	48				
levonorg-eth estrad triphasic	48				
LEVORA 0.15/30 (28)..	48				
LEVO-T.....	43				
levothyroxine sodium....	44				
LEVOXYL	44				
LEXIVA.....	109				
LIALDA	69				
lice treatment max st .	123				
lidocaine	74				
lidocaine hcl	74				
lidocaine viscous	33				
lidocaine-prilocaine.....	74				
lidocream	123				
lindane.....	100				
linezolid	77				
LINZESS	39				
liothyronine sodium.....	44				
lisinopril	29				
lisinopril- hydrochlorothiazide...	25				
lithium	30				
lithium carbonate	30				
lithium carbonate er	30				
LITHOSTAT.....	41				
LIVALO.....	26				
long lasting antacid....	123				
LONSURF.....	97				
loperamide hcl	39, 123				
lopinavir-ritonavir.....	109				
loradamed.....	123				

lorazepam..... 75, 76
LORYNA..... 48
losartan potassium..... 23
losartan potassium-hctz. 25
LOTEMAX..... 62
lotrimin af deodorant
powder..... 123
lovastatin..... 27
LOW-OGESTREL 48
loxapine succinate..... 101
LUMIGAN..... 62
LUPRON DEPOT (1-
MONTH) 97
LUPRON DEPOT (3-
MONTH) 97
LUPRON DEPOT (4-
MONTH) 97
LUPRON DEPOT (6-
MONTH) 97
LUTERA 48
LYNPARZA 97
LYRICA 63, 84
LYSODREN..... 97
LYZA..... 52

M
maalox max 123
magnesium..... 123
magnesium oxide..... 124
magnesium oxide -mg
supplement 124
magnesium sulfate 114
magnesium-chelated zinc
..... 124
magnesium-oxide 124
maox..... 124
mapap acetaminophen
extra str 124
maprotiline hcl..... 87
marlissa 48
MARPLAN 88
MATULANE 98
MAVYRET..... 107
meclizine hcl 91, 124
meclofenamate sodium . 18
MEDROL 45
medroxyprogesterone
acetate 48, 52
mefloquine hcl..... 100
megestrol acetate..... 52
meijer aspirin ec 124
meijer aspirin free..... 124
meijer calamine 124
meijer glucose 124
meijer saline nasal spray
..... 124
meijer triple antibiotic 124
MEKINIST..... 98
melatonin..... 124
meloxicam..... 18
memantine hcl..... 31
memantine hcl er 31
MENACTRA..... 58
MENEST 51
MENVEO..... 58
meperidine hcl..... 73
meprobamate 75
mercaptapurine..... 94
meropenem 79
mesalamine..... 69
MESNEX..... 98
metaproterenol sulfate .. 69
metformin hcl..... 133
metformin hcl er 133
methadone hcl..... 74
methazolamide 28
methenamine hippurate 77
methimazole..... 53
methocarbamol 136
methotrexate 56
methotrexate sodium 56
methotrexate sodium (pf)
..... 95
methoxsalen rapid 37
methyclothiazide..... 29
methyl dopa 23
methyl dopa-
hydrochlorothiazide ... 25
methylphenidate hcl..... 65
methylphenidate hcl er . 64
methylprednisolone 45
methyltestosterone..... 45
metipranolol..... 60
metoclopramide hcl 39
metolazone 29
metoprolol succinate er 20
metoprolol tartrate 20
metoprolol-
hydrochlorothiazide... 25
metronidazole... 37, 43, 77
metronidazole in nacl ... 77
mexiletine hcl 24
miconazole 3 43, 124
MICROGESTIN 1.5/30 . 49
MICROGESTIN 1/20 49
MICROGESTIN FE 1.5/30
..... 49
MICROGESTIN FE 1/20 49
midodrine hcl..... 23
miglitol..... 133
miglustat 136
MILI..... 49
milk of magnesia 125
minerin 125
minocycline hcl 83
minoxidil 30
MIRCERA 116
mirtazapine..... 87
misoprostol 41
M-M-R II 58
modafinil 33
MODERIBA 108
MODERIBA 1200 DOSE
PACK 108
MODERIBA 800 DOSE
PACK 108
moexipril hcl 29
moexipril-
hydrochlorothiazide... 25
mometasone furoate..... 37
MONONESSA..... 49
montelukast sodium 66, 67
MONUROL..... 77
morphine sulfate 73
morphine sulfate
(concentrate) 73

morphine sulfate er.....	74	neomycin-bacitracin zn-		norethin ace-eth estrad-fe	
morphine sulfate er beads		polymyx	61	.....	49
.....	74	neomycin-polymyxin-		norethindrone.....	52
MOVANTIK	39	dexameth.....	62	norethindrone acetate ..	52
MOXEZA.....	61	neomycin-polymyxin-		norethindrone acet-ethinyl	
moxifloxacin hcl	61, 82	gramicidin.....	61	est	49
moxifloxacin hcl in nacl.	82	neomycin-polymyxin-hc	62,	norethindrone-eth estradiol	
multi vitamin	125	63		.....	51
mupirocin.....	37	NEPHRAMINE.....	112	norgestimate-eth estradiol	
mupirocin calcium.....	37	NERLYNX	98	.....	49
muscle rub ultra strength		NEUPOGEN	116	norgestim-eth estrad	
.....	125	NEUPRO.....	19	triphasic.....	49
MYCAMINE.....	93	nevirapine	105	NORLYROC.....	52
mycophenolate mofetil ..	56	nevirapine er	105	NORMOSOL-M IN D5W	
mycophenolate sodium..	56	NEXAVAR.....	98	.....	110
MYRBETRIQ	42	nexium 24hr.....	125	NORMOSOL-R IN D5W110	
MYTESI.....	39	niacin er	125	NORMOSOL-R PH 7.4	112
N		niacin er		NORTHERA	23
nabumetone.....	18	(antihyperlipidemic) ..	27	NORTREL 0.5/35 (28) .	49
nadolol.....	20	NIACOR	27	NORTREL 1/35 (21)	49
nadolol-		nicardipine hcl.....	21	NORTREL 1/35 (28)	49
bendroflumethiazide ..	25	nicotine polacrilex.....	125	NORTREL 7/7/7	49
naftillin sodium	80	NICOTROL	71	nortriptyline hcl.....	90
naloxone hcl	71	nifedipine	22	NORVIR.....	109
naltrexone hcl	71	nifedipine er.....	21	NOVOLIN 70/30	135
NAMZARIC	31	nifedipine er osmotic		NOVOLIN N	135
naphazoline hcl	125	release.....	22	NOVOLIN R	135
naproxen	18	NIKKI	49	NOVOLOG.....	135
naproxen dr	18	nilutamide.....	98	NOVOLOG FLEXPEN ..	135
naproxen sodium ..	18, 125	NINLARO	98	NOVOLOG MIX 70/30	135
naratriptan hcl	32	NITRO-BID.....	29	NOVOLOG MIX 70/30	
NARCAN	71	NITRO-DUR	30	FLEXPEN	135
nasal allergy 24 hour ..	125	nitrofurantoin macrocrystal		NOVOLOG PENFILL ...	135
nascobal.....	131	.....	77	NOXAFIL	93
NATACYN.....	93	nitrofurantoin monohyd		NUCALA	66
nateglinide	133	macro.....	77	NUEDEXTA.....	65
NATPARA.....	70	nitroglycerin	30	NUPLAZID	102
natural oatmeal bath		NITROSTAT.....	30	nutrilipid	112
treatment	125	no flush niacin.....	125	NYAMYC.....	93
NEBUPENT	100	non-aspirin extra strength		nystatin	93
NECON 0.5/35 (28)	49	.....	125	nystatin-triamcinolone ..	37
NECON 7/7/7.....	49	NORA-BE	52	NYSTOP	93
nefazodone hcl.....	87	NORDITROPIN FLEXPRO		O	
neomycin sulfate.....	76	.....	43	octreotide acetate	52

ODOMZO	98	oxycodone-aspirin.....	73	phenelzine sulfate.....	88
OFEV	65	oxycodone-ibuprofen....	73	phenobarbital	86
ofloxacin	61, 63, 82	oxymorphone hcl	74	phenytoin	83
OGESTREL	50	oysco 500+d	126	phenytoin sodium	
olanzapine.....	102	oyster shell calcium....	126	extended	83
olanzapine-fluoxetine hcl		oyster shell calcium/d .	126	PHOSPHOLINE IODIDE	60
.....	30	oyster-cal 500	126	PICATO	37
olmesartan medoxomil ..	23	OZEMPIC	133	pilocarpine hcl	33, 60
olmesartan medoxomil-hctz		P		pimozide	101
.....	25	pa vitamin d-3	126	PIMTREA.....	50
olmesartan-amlodipine-		pa vitamin d-3 gummy	126	pindolol	20
hctz	25	paliperidone er.....	103	pioglitazone hcl	133
olopatadine hcl	59	PANRETIN	98	pioglitazone hcl-	
omega-3-acid ethyl esters		pantoprazole sodium	40	glimepiride	133
.....	27	paricalcitol	70	pioglitazone hcl-metformin	
omeprazole	40	paromomycin sulfate	76	hcl.....	133
ondansetron.....	91	paroxetine hcl	89	piperacillin sod-	
ondansetron hcl.....	91	paroxetine hcl er	89	tazobactam so	81
ONFI.....	87	PASER.....	94	PIRMELLA 1/35	50
OPSUMIT	67	PAXIL	89	piroxicam.....	18
opurity vitamin d	125	PAZEO.....	59	PLASMA-LYTE 148....	112
ora-plus.....	131	PEDIARIX	58	PLASMA-LYTE A	112
ORAVIG.....	93	pediatric electrolyte....	126	PLEGRIDY	64
orazinc	125	PEDVAX HIB	58	PLEGRIDY STARTER	
ORENCIA	54	peg 3350/electrolytes...	41	PACK	64
ORENCIA CLICKJECT ...	54	peg 3350-kcl-na bicarb-		PLENAMINE	112
ORFADIN	136	nacl	41	podofilox	37
ORKAMBI.....	66	peg-3350/electrolytes...	41	polyethylene glycol 3350	
orphenadrine citrate er	136	PEGANONE.....	83	.....	41
ORSYTHIA.....	50	PEGASYS	108	polymyxin b-trimethoprim	
oseltamivir phosphate .	104	PEGASYS PROCLICK..	108	.....	61
OSPHENA	43	penicillin g potassium...	80	POMALYST	98
OTREXUP.....	56	penicillin g sodium.....	80	PORTIA-28	50
oxacillin sodium	80	penicillin v potassium..	80,	potassium chloride....	114
oxandrolone	51	81		potassium chloride crys er	
oxaprozin.....	18	PENTAM.....	100	.....	114
oxazepam	76	pentazocine-naloxone hcl		potassium chloride er .	114
oxcarbazepine	83	.....	73	potassium chloride in	
OXTELLAR XR.....	83	pentoxifylline er	116	dextrose	114
oxybutynin chloride.....	42	perindopril erbumine	29	potassium chloride in nacl	
oxybutynin chloride er ...	42	permethrin	100, 126	.....	114
oxycodone hcl	73	perphenazine.....	101	potassium citrate er ...	114
oxycodone hcl er.....	74	perphenazine-amitriptyline		PRALUENT	27
oxycodone-acetaminophen		.....	101	pramipexole	
.....	73	phenazo	126	dihydrochloride	19

prasugrel hcl.....	115	propranolol hcl.....	21	ra fiber-cap	127
pravastatin sodium	27	propranolol hcl er.....	20	ra hi-cal plus vitamin d	127
prazosin hcl	20	propranolol-hctz.....	25	ra instant hand	
prednicarbate.....	37	propylthiouracil.....	53	sanitizer/aloe.....	127
prednisolone	45	PROQUAD.....	58	ra lansoprazole	127
prednisolone acetate.....	62	PROSOL	113	ra niacin	127
prednisolone sodium		protriptyline hcl	90	ra nicotine polacrilex..	127
phosphate	45, 62	psyllium husk	126	ra omeprazole-sodium	
prednisone.....	45	PULMOZYME	66	bicarb	128
PREDNISON INTENSOL		PURIXAN	95	ra sleep aid.....	128
.....	45	px artificial tears.....	126	ra soluble fiber	128
preferred plus insulin		pyrazinamide	93	ra vitamin a & d.....	128
syringe.....	132	pyridostigmine bromide.	18	RABAVERT	58
PREMASOL	112	pyridoxine hcl	126, 131	raloxifene hcl	45
prenatal.....	114	Q		ramipril	29
PREPOPIK.....	41	qc acid controller	126	RANEXA	23
PREVALITE.....	27	qc allergy relief childrens		ranitidine hcl	39
PREVIFEM.....	50	.....	126	RAPAFLO	42
PREZCOBIX	109	qc aspirin low dose.....	126	RAPAMUNE.....	56
PREZISTA	107, 109	qc bacitracin	126	rasagiline mesylate	19
PRIFTIN	94	qc complete allergy		RASUVO.....	56
primaquine phosphate.	100	medicine	127	RAVICTI	136
primidone.....	87	qc effervescent		REBETOL	108
PROAIR HFA	69	antacid/pain.....	127	RECLIPSEN.....	50
PROAIR RESPICLICK ...	69	qc gentle laxative	127	RECOMBIVAX HB.....	58
probenecid	32	qc loratadine-d	127	refresh lacri-lube	128
PROCALAMINE	113	qc tolnaftate.....	127	REGANEX.....	38
prochlorperazine.....	91	QUADRACEL	58	RELENZA DISKHALER	104
prochlorperazine maleate		QUASENSE.....	50	RELI-ON INSULIN	
.....	91, 101	QUDEXY XR	85	SYRINGE.....	132
PROCRIT.....	116	quetiapine fumarate ...	103	reno caps.....	131
PROCTO-MED HC.....	37	quetiapine fumarate er	103	repaglinide.....	133
PROCTO-PAK.....	37	quinapril hcl.....	29	repaglinide-metformin hcl	
PROCTOSOL HC.....	37	quinapril-		.....	133
PROCTOZONE-HC	38	hydrochlorothiazide ...	25	REPATHA	27
progesterone micronized	52	quinidine sulfate.....	24	REPATHA PUSHTRONEX	
PROGLYCEM	134	quinine sulfate.....	100	SYSTEM.....	27
PROLASTIN-C.....	66	R		REPATHA SURECLICK.	28
PROLENSA.....	62	ra athletes foot	127	RESCRIPTOR.....	105
PROLIA.....	70	ra b-complex with b-12		RESTASIS	60
PROMACTA	116	.....	127	REVLIMID.....	94
promethazine hcl.....	91	ra calcium 600	127	REXULTI	103
PROMETHEGAN.....	91	ra calcium citrate plus vit		REYATAZ.....	109
propafenone hcl	24	d.....	127	RIBASPHERE.....	108
proparacaine hcl.....	74	ra clotrimazole 7	127		

RIBASPHERE RIBAPAK	108	sertraline hcl	89	SRONYX	50
ribavirin.....	108	SETLAKIN.....	50	SSD	38
rifabutin	94	sevelamer carbonate.....	42	stavudine.....	106
rifampin	94	SHAROBEL	52	STELARA.....	55
RIFATER	94	SHINGRIX.....	58	STIOLTO RESPIMAT	66
riluzole.....	65	SIGNIFOR.....	52	STIVARGA	98
rimantadine hcl	104	silace.....	128	stool softener	129
RIOMET	133	sildenafil citrate.....	68	streptomycin sulfate.....	76
risedronate sodium	70	SILENOR	33	STRIBILD	106
RISPERDAL CONSTA..	103	silver sulfadiazine	38	SUBOXONE	72
risperidone	103	SIMBRINZA	60	sucalfate	41
ritonavir.....	109	simethicone.....	128	sudafed 12 hour	129
rivastigmine	31	simple syrup.....	131	sulfacetamide sodium ..	61
rivastigmine tartrate.....	31	SIMPONI	54, 55	sulfacetamide sodium	
ropinirole hcl	19	simvastatin.....	27	(acne)	82
ropinirole hcl er.....	19	sirolimus.....	56	sulfacetamide-	
rosuvastatin calcium	27	sm antibiotic	128	prednisolone	62
ROTARIX.....	58	sm calcium antacid ex st		sulfadiazine	82
ROTATEQ.....	58	.....	128	sulfamethoxazole-	
ROWEEPRA	86	sm clearlax.....	128	trimethoprim.....	82
ROWEEPRA XR	86	sm coral calcium.....	128	sulfasalazine	70
RUBRACA	98	sm ibuprofen	128	sulindac	18
RYDAPT	98	sm magnesium citrate	129	sumatriptan succinate ..	32
RYTARY	19	sm mineral oil.....	129	sumatriptan succinate refill	
S		sodium bicarbonate....	129	.....	32
SABRIL.....	84	sodium chloride 110, 114,		super omega-3	129
salese/xylitol	128	129, 131		SUPRAX	79
salicylic acid wart remover		sodium fluoride.....	114	SUPREP BOWEL PREP	
.....	128	sodium lactate.....	114	KIT	41
SAMSCA	110	sodium polystyrene		SUTENT	98
SANDIMMUNE	56	sulfonate	110	SYLATRON	108
SANTYL	38	SOLIQUA	133	SYMDEKO	66
SAPHRIS.....	103	SOLTAMOX	45	SYMFI	105
SAVELLA.....	63	SOMATULINE DEPOT...	52	SYMFI LO.....	105
SAVELLA TITRATION		SOMAVERT	53	SYMLINPEN 120	133
PACK.....	63	sotalol hcl	21, 110	SYMLINPEN 60	134
scopolamine	91	sotalol hcl (af)	21, 110	SYNAREL	53
selegiline hcl	20	SPIRIVA HANDIHALER.	68	SYNJARDY	134
selenium sulfide.....	38	SPIRIVA RESPIMAT	68	SYNJARDY XR.....	134
SELZENTRY	107	spironolactone	28	SYNRIBO.....	98
senexon.....	128	spironolactone-hctz	25	SYNTHROID	44
senna-plus.....	128	SPRINTEC 28	50	T	
SENSIPAR.....	70	SPRITAM	86	TABLOID	95
SEREVENT DISKUS	69	SPRYCEL	98	tacrolimus.....	38, 56
		SPS.....	110	TAFINLAR	98

TAGRISSE	98	TOBI PODHALER	76	trifluridine	61
tamoxifen citrate	98	tobramycin	61, 76	trihexyphenidyl hcl	19
tamsulosin hcl	42	tobramycin sulfate	76	TRI-LO-ESTARYLLA	50
TARCEVA	98	tobramycin-dexamethasone		TRI-LO-SPRINTEC	50
TARGRETIN	98		62	TRILYTE	41
TARINA FE 1/20	50	TOLAK	99	trimethoprim	77
TASIGNA	98	tolazamide	134	TRI-MILI	50
tazarotene	38	tolbutamide	134	trimipramine maleate	90
TAZORAC	38	tolcapone	19	TRINESSA (28)	50
TAZTIA XT	22	tolmetin sodium	18	TRINTELLIX	87
TECFIDERA	64	tolterodine tartrate	42	triple antibiotic	129
TEFLARO	79	tolterodine tartrate er	42	TRI-PREVIFEM	50
TEKTRUNA	23	topiramate	85	TRI-SPRINTEC	50
TEKTRUNA HCT	26	topiramate er	85	TRIUMEQ	106
telmisartan	23	torsemide	28	TRIVORA (28)	50
telmisartan-amlodipine	26	TOUJEO MAX SOLOSTAR		TRI-VYLIBRA	50
telmisartan-hctz	26		135	TROKENDI XR	85
temazepam	32	TOUJEO SOLOSTAR	135	TROPHAMINE	113
TENIVAC	58	TPN ELECTROLYTES	113	trospium chloride	42
tenofovir disoproxil		TRACLEER	67	trospium chloride er	42
fumarate	106	tramadol hcl	73	TRULICITY	134
terazosin hcl	20	tramadol-acetaminophen		TRUMENBA	58
terbinafine hcl	93		73	TRUVADA	106
terbutaline sulfate	69	trandolapril	29	TWINRIX	58
terconazole	43	trandolapril-verapamil hcl		TYBOST	107
testosterone	46	er	26	TYKERB	99
testosterone cypionate	45	tranexamic acid	116	TYMLOS	71
testosterone enanthate	46	tranylcypromine sulfate	88	TYPHIM VI	58
tetanus-diphtheria toxoids		TRAVASOL	113	U	
td	58	TRAVATAN Z	62	UCERIS	38
tetrabenazine	65	trav-tabs	129	ULORIC	32
tetracycline hcl	83	trazodone hcl	87	UNITHROID	44
th magnesium	129	TRECTOR	94	UPTRAVI	67
THALOMID	94	TRELEGY ELLIPTA	66	ursodiol	39
the magic bullet	129	TRELSTAR MIXJECT	53	V	
theophylline er	68	TRESIBA FLEXTOUCH	136	valacyclovir hcl	104
thioridazine hcl	101	tretinoin	38, 99	VALCHLOR	99
thiothixene	101	TREXALL	56	valganciclovir hcl	104
tiagabine hcl	84	triamcinolone acetonide	33, 38	valproate sodium	85
tigecycline	77	38		valproic acid	85
timolol maleate	21, 60	triamterene-hctz	26	valsartan	23
tinidazole	77	triazolam	32, 33	valsartan-	
titralac	129	tri-buffered aspirin	129	hydrochlorothiazide	26
TIVICAY	107	trientine hcl	110	value plus glucose	129
tizanidine hcl	136	trifluoperazine hcl	101	vancomycin hcl	77

VAQTA	59	vitamin b-6	130	XTANDI	99
VARIVAX	59	vitamin b-6 er.....	130	XULTOPHY	134
VARIZIG	59	vitamin d	130	XURIDEN	136
VARUBI.....	91	vitamin d (cholecalciferol)		XYREM.....	33
VASCEPA	28	.....	130	Y	
vcf vaginal contraceptive		vitamin d (ergocalciferol)		YF-VAX	59
.....	129	.....	131	YONSA	99
VELIVET	51	vitamin d3	130	Z	
VELPHORO.....	42	vitamin e.....	130	zafirlukast.....	67
VELTASSA.....	110	VIVITROL	71	zaleplon.....	33
VEMLIDY.....	108	voriconazole	93	ZARXIO	116
VENCLEXTA.....	99	VOSEVI	107	ZEJULA	99
VENCLEXTA STARTING		VOTRIENT.....	99	ZELBORAF	99
PACK.....	99	VRAYLAR	103	ZENCHENT.....	51
venlafaxine hcl	90	VYFEMLA.....	51	ZENPEP	39
venlafaxine hcl er	90	VYLIBRA.....	51	ZERBAXA	79
verapamil hcl	22	W		ZERIT	106
verapamil hcl er	22	wal-dryl allrgy/sinus		zidovudine	106
VERSACLOZ	101	headache.....	130	ziprasidone hcl	103
VERZENIO.....	99	wal-dryl-d allergy/sinus	130	ZIRGAN.....	104
VICTOZA	134	wal-finat.....	130	ZOLINZA	99
VIDEX	106	warfarin sodium	115	zolpidem tartrate	33
VIDEX EC	106	WELCHOL.....	28	zolpidem tartrate er.....	33
VIENVA	51	X		zonisamide	84
vigabatrin	85	XALKORI.....	99	ZORTRESS	56
VIIBRYD.....	88	XARELTO	115	ZOSTAVAX.....	59
VIIBRYD STARTER PACK		XARELTO STARTER PACK		ZOVIA 1/35E (28).....	51
.....	88	.....	116	ZYDELIG	99
VIMPAT.....	84	XATMEP	56	ZYKADIA	99
VIRACEPT	109	XELJANZ.....	55	ZYLET	62
VIRAMUNE.....	105	XELJANZ XR.....	55	ZYPREXA RELPREVV .	104
VIREAD.....	106	XGEVA.....	71	ZYTIGA.....	99
vitamin a palmitate.....	130	XIFAXAN.....	77		
vitamin b6.....	130	XOLAIR.....	66		

Este formulario se actualizó el 11/12/2018. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, en Servicios al Miembro de Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options, al 1-877-833-8125 o, para usuarios de TTY, 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo), o visite www.SeniorsGetMore.org.