

2023

Formulario

(Lista de medicamentos cubiertos)

Este vademécum se actualizó el 1 de julio de 2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con ArchCare Advantage HMO Special Needs Plan Member Services llamando al 1-888-816-7977 o, para los usuarios de TTY, 711, las 24 horas al día / 7 días a la semana, o visite www.ArchCareAdvantage.org.



ArchCare Advantage HMO Special Needs Plan

Formulario para 2023

Lista de medicamentos cubiertos

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

Formulario ID: 00023218, Version Number: 13

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a ArchCare Advantage HMO Special Needs Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ArchCare Advantage HMO Special Needs Plan.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 1 de julio de 2023. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de ArchCare Advantage?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por ArchCare Advantage con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, ArchCare Advantage cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de ArchCare Advantage y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de nosotros ArchCare Advantage. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de ArchCare Advantage?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de ArchCare Advantage?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 1 de julio de 2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ArchCare Advantage comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y contraportada. Visite nuestro sitio web en www.ArchCareAdvantage.org o llame a nuestro número de Servicios para Afiliados al 1-888-816-7977, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Le notificaremos por correo en el caso de que se produzcan cambios de mitad de año que no sean de mantenimiento en el formulario.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario.

Afección médica

El Formulario comienza en la página 11. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría "Cardiovascular". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 11. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 127. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

ArchCare Advantage cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

- **Autorización previa:** ArchCare Advantage exige que usted obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con ArchCare Advantage antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que ArchCare Advantage no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, ArchCare Advantage limita la cantidad del medicamento que cubrirá ArchCare Advantage. Por ejemplo, ArchCare Advantage proporciona 30 por receta para Kerendia. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, ArchCare Advantage requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que ArchCare Advantage no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, ArchCare Advantage cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a ArchCare Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de ArchCare Advantage?” en la página 6 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que ArchCare Advantage no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por ArchCare Advantage. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por ArchCare Advantage.
- Puede solicitar que ArchCare Advantage haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de ArchCare Advantage?

Puede solicitarle a ArchCare Advantage que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, ArchCare Advantage limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, ArchCare Advantage solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

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

Si experimenta un cambio en el nivel de atención, cubriremos un suministro de transición de sus medicamentos. Un cambio de nivel de atención se produce cuando usted recibe el alta de un hospital o hay un cambio de destino o procedencia a un centro de atención a largo plazo. En estas circunstancias, le proporcionaremos un suministro de emergencia de medicamentos que no forman parte del formulario (incluidos los medicamentos de la Parte D que no están en nuestro formulario, pero requieren autorización previa o terapia en pasos en virtud de nuestras reglas de administración de utilización). Este suministro de emergencia será para un suministro de 31 días, o menos si su receta es por menos días. El suministro de emergencia es para asegurar que usted reciba los medicamentos mientras que se ha solicitado una excepción.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de ArchCare Advantage, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre ArchCare Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de ArchCare Advantage

El Formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por ArchCare Advantage. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 127.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si ArchCare Advantage tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

GUÍA DE ABREVIATURAS

PA – Se requiere autorización previa. Esto significa que usted o su médico deben obtener la aprobación de nosotros antes de que usted llene sus recetas para ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los medicamentos.

QL – Se aplican límites de cantidad. Para ciertos medicamentos limitamos la cantidad que cubrirá el plan.

B/D – El plan determinará si este medicamento estará cubierto bajo Medicare Parte B o Parte D basado en la razón por la cual este medicamento ha sido recetado por su médico.

LA – Acceso limitado. El medicamento sólo está disponible en un número limitado de farmacias especializadas.

NM – No está disponible en nuestras farmacias de pedidos por correo. No todas las drogas están disponibles en la orden por correo, por favor consulte con el servicio al cliente si tiene alguna pregunta.

ST – Terapia escalonada. Esto significa que podemos requerirle que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición.

Discrimination is Against the Law

ArchCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ArchCare does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ArchCare

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact **Victor Fama at (917) 484-5055, TTY 711.**

If you believe that ArchCare has failed to provide these services listed above or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: **Victor Fama, (917) 484-5055, TTY 711**, or email compliancereport@archcare.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, **Victor Fama at (917) 484-5055, TTY 711**, is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available on-line at <http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-373-3177 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-373-3177 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-373-3177 (TTY: 711).

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-373-3177 (청각 장애인용 서비스: 711)으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-373-3177 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-373-3177 (711:YTT) رقم هاتف الصم والبكم

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-373-3177 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-373-3177 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-373-3177 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。（1-800-373-3177 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگنیرید تماس 1-800-373-3177 (TTY: 711) با. باشد می ف.

ArchCare Advantage HMO Special Needs Plan

Formulario: Efectivo 1 de julio de 2023

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<u>ANALGESICS</u>		
<u>GOUT</u>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1	
MITIGARE CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1	
<u>NSAIDS</u>		
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	1	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr	1	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	1	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</i>		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	1	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate LPOP 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	1	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

<i>lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%</i>	1	B/D
---	---	-----

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole TABS 200mg</i>	1	
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	1	
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	1	
<i>CAYSTON SOLR 75mg</i>	1	NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	1	
EMVERM CHEW 100mg	1	QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	1	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	QL (1800 mL / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>linezolid in sodium chloride iv soln</i> 600 mg/300ml-0.9%	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	1	
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	
SYNERCID INJ 500MG	1	
<i>tobramycin NEBU 300mg/5ml</i>	1	NM, PA
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	1	
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl CAPS 125mg</i>	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl CAPS 250mg</i>	1	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg</i>	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b SOLR 50mg</i>	1	B/D
<i>amphotericin b liposome SUSR 50mg</i>	1	B/D
<i>caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg</i>	1	
<i>fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	1	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	1	QL (630 mL / 30 days), PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	1	QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	1	QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	1	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	1	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	1	NM
APTIVUS CAPS 250mg	1	NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
EDURANT TABS 25mg	1	NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg, 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NM

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 100mg, 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	QL (240 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 800mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 25mg, 75mg	1	NM
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	1	NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NM, LA
TYBOST TABS 150mg	1	NM

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NM
COMPLERA TAB	1	NM
DELSTRIGO TAB	1	NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	1	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	1	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	1	NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), NM

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NM
GENVOYA TAB	1	NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NM
STRIBILD TAB	1	NM
SYMTUZA TAB	1	NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NM
TRIZIVIR TAB	1	NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	1	
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	1	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	1	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	1	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NM
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NM, PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	1	NM
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	1	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	1	QL (1080 mL / year)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	1	
VEMLIDY TABS 25mg	1	NM
VOSEVI TAB	1	NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	1	
CEFACLOR ER TB12 500mg	1	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	1	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES</i>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	1	
<i>FLUOROQUINOLONES</i>		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	1	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg, 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	1	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	1	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	1	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	1	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	1	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	1	
<u>TETRACYCLINES</u>		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	1	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	1	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	1	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	1	NM, LA
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	1	PA
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	1	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	1	
<u>ANTINEOPLASTIC AGENTS</u>		
<u>ALKYLATING AGENTS</u>		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	B/D, NM, LA
<i>carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	1	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	1	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml; TABS 25mg, 50mg	1	B/D

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg, 100mg	1	NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg, 100mg	1	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	1	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	1	B/D
ELLEENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	1	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	1	B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NM, LA, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NM
TABLOID TABS 40mg	1	
<i>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</i>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	1	NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
EMCYT CAPS 140mg	1	
ERLEADA TABS 60mg, 240mg	1	NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	
NUBEQA TABS 300mg	1	NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ORSERDU TABS 86mg, 345mg	1	NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	1	NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	1	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	1	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NM, LA, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	1	NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	1	QL (49 tabs / 28 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI 400 PAK FEMARA	1	QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	1	QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NM, LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	1	NM, PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	
WELIREG TABS 40mg	1	NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml, 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	1	B/D, NM
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	1	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	1	NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	1	NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	1	NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	1	NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NM, PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	1	NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	1	NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	1	NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	1	NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
EXKIVITY CAPS 40mg	1	NM, LA, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	1	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	1	NM, LA, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	1	NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NM, LA, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	1	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NM, LA, PA
IRESSA TABS 250mg	1	NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	1	QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	1	QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	1	QL (63 tabs / 28 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KRAZATI TABS 200mg	1	NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	1	NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	1	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	1	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	1	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	1	NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg, 320mg	1	NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI TBPK 4mg	1	NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	1	NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NM, LA, PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
NEXAVAR TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	1	NM, LA, PA
OGIVRI INJ 420MG	1	NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NM, LA, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NM, LA, PA
PHESGO SOL	1	NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	1	NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	1	NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	1	NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	1	NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	1	QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	1	NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NM, LA, PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	1	NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NM, PA
TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE CPPK 25mg	1	NM, LA, PA
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE CPPK 25mg	1	NM, LA, PA
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE CPPK 100mg	1	NM, LA, PA
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	1	NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg, 200mg	1	NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg, 50mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	1	NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VOTRIENT TABS 200mg	1	NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	1	NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	1	QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	1	QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	1	QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	1	QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	1	QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	1	QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	1	QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	1	QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	1	NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NM, LA, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	1	NM, LA, PA

PROTECTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
MESNEX TABS 400mg	1	

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 16-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	1	
ENTRESTO TAB 49-51MG	1	
ENTRESTO TAB 97-103MG	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>irbesartan</i> TABS 75mg, 150mg, 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	1	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg	1	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	1	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	1	NM, PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	1	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	1	
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl TABS 5mg</i>	1	
<i>bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>chlorthalidone TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>furosemide SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>furosemide inj SOLN 10mg/ml</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>methazolamide TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>torseamide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>ADRENALIN SOLN 1mg/ml</i>	1	
<i>aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	1	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	1	QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	1	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
--	---	--

PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
---	---	------------------------------------

<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
-----------------------------------	---	------------------------------------

<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
------------------------------------	---	------------------------------------

OPSUMIT TABS 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
-------------------	---	------------------------------------

<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
--	---	---------------------------------

<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NM, LA, PA
---	---	------------

VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	1	NM, LA, PA
----------------------------------	---	------------

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTI-ANXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
--	---	-------------------------

<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
---	---	--

<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
---	---	--

<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
------------------------------	---	-----------------------

<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	1	
--------------------------------------	---	--

<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
--------------------------------------	---	-------------------------

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
ANTICONVULSANTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	1	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
CELONTIN CAPS 300mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
DIACOMIT CAPS 500mg	1	QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	1	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	1	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	1	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	1	QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	1	QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	1	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	1	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	1	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	1	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml; TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA if 70 years and older
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>roweepra</i> TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	1	QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	1	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	1	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	1	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	1	PA; PA if < 30 yrs
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
VIIBRYD KIT STARTER	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	1	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	QL (150 films / 30 days), NM, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	1	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	1	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	1	QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	1	QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	QL (1 syringe / 28 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	1	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml, 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	QL (1 syringe / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	1	QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	1	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	1	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er</i> TBCR 20mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	1	QL (12 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
NURTEC TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	1	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	1	QL (12 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
INGREZZA CAP 40-80MG	1	QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	
NUDEXTA CAP 20-10MG	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>riluzole</i> TABS 50mg	1	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	1	QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	1	QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	1	NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	1	QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	1	QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	1	QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	1	QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	QL (16 pens / year), NM, LA, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA if 70 years and older

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg, 750mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
<i>vanadom</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
XYREM SOLN 500mg/ml	1	QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	1	
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg</i>	1	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	1	PA
VIVITROL SUSR 380mg	1	NM

ENDOCRINE AND METABOLIC ANDROGENS

<i>depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA
<i>oxandrolone TABS 2.5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>oxandrolone TABS 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1.62%</i>	1	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	1	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	1	QL (4 pens / 28 days)
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	1	QL (1 pen / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml, 2mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	1	QL (1 pen / 28 days)
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-500MG	1	QL (120 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days)
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	1	QL (3 pens / 30 days)
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XIGDUO XR TAB 5-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ANTIDIABETICS, INSULINS</i>		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
BD ALCOHOL SWABS	1	
FIASP FLEX INJ TOUCH	1	
FIASP INJ 100/ML	1	
FIASP PENFIL INJ U-100	1	
GAUZE PADS 2" X 2"	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	1	
INSULIN SAFETY NEEDLES	1	
INSULIN SYRINGES: BD	1	
LANTUS SOLN 100unit/ml	1	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	1	
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	1	QL (1 kit / year), PA
SOLIQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
V-GO 20 KIT	1	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	1	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	1	QL (1 kit / 30 days), PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	1	NM, PA
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	1	LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	1	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	1	NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	1	NM

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
<i>sps SUSP 15gm/60ml</i>	1	
<i>trientine hcl CAPS 250mg</i>	1	NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	1	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	
ESTROGENS		
<i>amabelz</i>	1	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	1	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm; TABS 10mcg</i>	1	
<i>estradiol valerate OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 0.5 mg-2.5 mcg	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-5 mcg	1	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPk 5mg, 10mg	1	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	1	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	1	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	1	NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	1	NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	1	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml; TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	1	NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	1	NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	1	NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	1	NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	1	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml, 500mcg/ml	1	NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NM, LA, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	1	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	1	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	1	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
PROGESTINS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<u>GASTROINTESTINAL</u>		
<u>ANTIEMETICS</u>		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	1	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	1	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	1	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
GOLYTELY SOL	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	PA
<i>sucalfate</i> TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	1	
XERMELO TABS 250mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	PA
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	
CREON CAP 36000UNT	1	
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
<i>PROTON PUMP INHIBITORS</i>		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<u>GENITOURINARY</u>		
<i>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA</i>		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	
<i>MISCELLANEOUS</i>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	1	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<u>HEMATOLOGIC</u>		
<u>ANTICOAGULANTS</u>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	1	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	1	
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	1	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
PRADAXA CAPS 110mg	1	QL (120 caps / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	1	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	1	NM, PA
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTELET TABS 20mg	1	NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	1	
ENDARI PACK 5gm	1	NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	1	QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	1	QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	1	QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
PROMACTA PACK 12.5mg	1	QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	1	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	1	QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	1	
<u>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</u>		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<u>IMMUNOLOGIC AGENTS</u>		
<u>AUTOIMMUNE AGENTS</u>		
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg	1	QL (16 vials / 28 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 100

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	1	QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	1	NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	1	NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	1	QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	1	NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	1	NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	1	NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	1	QL (2 pens / 28 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	1	QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	1	QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	QL (112 tabs / year), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	QL (6 pens / 365 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	1	QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 102

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NM, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	1	NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>IMMUNOMODULATORS</i>		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	1	NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NM, LA, PA
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit, 50000000unit	1	B/D, NM, LA
<i>IMMUNOSUPPRESSANTS</i>		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	QL (8 syringes / 28 days), NM, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NM, LA, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	1	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	B/D, NM
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; SUSR 200mg/ml; TABS 500mg	1	B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO INJ	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENG VAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 INJ	1	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
I POL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
MENQUADFI INJ	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENTACEL INJ	1	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	1	B/D
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	1	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA INJ	1	
TWINRIX INJ	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NACL INJ 0.45%	1	
D5W/LYTES INJ #48	1	
D10W/NACL INJ 0.2%	1	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	1	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1	
ISOLYTE-S INJ	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
<i>lactated ringer's solution</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	1	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	1	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	1	
PLASMA-LYTE INJ -148	1	
PLASMA-LYTE INJ -A	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	1	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	1	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
TRICARE TAB PRENATAL	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>IV NUTRITION</i>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	1	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	1	B/D
FREAMINE III INJ 10%	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	1	B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<u>OPHTHALMIC</u>		
<u>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY</u>		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	
<u>ANTI-INFECTIVES</u>		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentak OINT .3%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	
NATACYN SUSP 5%	1	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	1	
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	1	
BROMSITE SOLN .075%	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	1	
EYSUVIS SUSP .25%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	1	
ILEVRO SUSP .3%	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
PROLENSA SOLN .07%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	1	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	1	
<i>olopatadine hcl SOLN .1%</i>	1	
ZERVIATE SOLN .24%	1	
ANTI GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	1	
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%</i>	1	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	1	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NM, LA, PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac OIL .01%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	1	

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
-----------------------------	---	---------------------------

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml; TABS 5mg	1	
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 30mg/ml	1	NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NM, LA, PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 117

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO TABS 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	1	NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg, 500mcg	1	
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 118

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	1	NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	1	NM, LA, PA
<i>NASAL STEROIDS</i>		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
<i>STEROID INHALANTS</i>		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	1	QL (180 inhalations / 30 days)
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	1	QL (240 inhalations / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 119

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS</i>		
ADVAIR DISKU AER 100/50	1	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	1	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 500/50	1	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
SYMBICORT AER 80-4.5	1	QL (3 inhalers / 30 days)
SYMBICORT AER 160-4.5	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<u>TOPICAL</u>		
<i>DERMATOLOGY, ACNE</i>		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	PA
<i>avita</i> CREA .025%	1	QL (45 gm / 30 days), PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 120

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	1	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	1	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	1	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	1	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	1	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%</i>	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin OINT 2%</i>	1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	1	
<i>ssd CREA 1%</i>	1	
<i>SULFAMYLON CREA 85mg/gm</i>	1	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	1	QL (60 mL / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 121

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	1	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	1	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	1	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 123

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	1	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1%	1	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	1	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	1	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	1	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	1	QL (30 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	1	QL (60 gm / 30 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	1	QL (1000 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	1	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	1	QL (59 mL / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	1	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	1	
RECTIV OINT .4%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	1	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	1	QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8. 125

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</i>		
REGRANEX GEL .01%	1	QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
<i>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</i>		
<i>cevimeline hcl CAPS 30mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	1	
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	1	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	1	
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Índice de medicamentos

A	
<i>abacavir sulfate</i>	20
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	22
ABELCET	18
ABILIFY MAINTENA.....	66
<i>abiraterone acetate</i>	32
<i>acamprosate calcium</i>	76
<i>acarbose</i>	78
<i>accutane</i>	120
<i>acebutolol hcl</i>	51
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	13
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	13
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	13
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	13
<i>acetazolamide</i>	52
<i>acetic acid</i>	96
<i>acetic acid (otic)</i>	114
<i>acetylcysteine</i>	117
<i>acitretin</i>	122
ACTHIB INJ	105
ACTIMMUNE	104
<i>acyclovir</i>	24
<i>acyclovir sodium</i>	24
ADACEL INJ.....	105
<i>adefovir dipivoxil</i>	24
ADEMPAS	55
ADRENALIN	53
ADVAIR DISKU AER 100/50.....	120
ADVAIR DISKU AER 250/50.....	120
ADVAIR DISKU AER 500/50.....	120
ADVAIR HFA AER 115/21	120
ADVAIR HFA AER 230/21	120
ADVAIR HFA AER 45/21	120
AIMOVIG.....	73
<i>ala-cort</i>	122
<i>albendazole</i>	15
<i>albuterol sulfate</i>	116, 117
<i>alclometasone dipropionate</i>	123
ALDURAZYME	88
ALECENSA.....	34
<i>alendronate sodium</i>	85
<i>alfuzosin hcl</i>	96
<i>aliskiren fumarate</i>	53
<i>allopurinol</i>	11
<i>alosetron hcl</i>	94
ALPHAGAN P.....	113
<i>alprazolam</i>	55
ALREX	112
ALUNBRIG.....	34
ALUNBRIG PAK	34
<i>amabelz</i>	86
<i>amantadine hcl</i>	64, 65
<i>ambrisentan</i>	55
<i>amikacin sulfate</i>	15
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	53
<i>amiloride hcl</i>	53
<i>amiodarone hcl</i>	48
<i>amitriptyline hcl</i>	62
<i>amlodipine besylate</i>	51
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	43
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	43
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	42
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	42
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	42
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	42

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	70
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	71
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	45	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	71
<i>amnesteam</i>	120	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	71
<i>amoxapine</i>	62	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	71
<i>amoxicillin</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	71
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	28	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	71
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	28	<i>amphotericin b</i>	18
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	28	<i>amphotericin b liposome</i>	18
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	28	<i>ampicillin</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	28	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	28	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	28	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	29
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	28	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	29
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	28	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	29
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	28	<i>ampicillin sodium</i>	29
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	71	<i>anagrelide hcl</i>	99
		<i>anastrozole</i>	32
		<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	115
		<i>aprepitant</i>	92

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	92	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> ...	111
APTIOM.....	56	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	111
APTIVUS	20	<i>baclofen</i>	75
ARALAST NP	117	BAFIERTAM	75
ARCALYST	104	<i>balsalazide disodium</i>	93
<i>aripiprazole</i>	66	BALVERSA.....	35
ARISTADA	66, 67	BARACLUDGE	24
ARISTADA INITIO.....	67	BASAGLAR KWIKPEN	82
<i>armodafinil</i>	76	BCG VACCINE.....	105
ARNUITY ELLIPTA.....	119	BD ALCOHOL SWABS.....	82
<i>asenapine maleate</i>	67	BELSOMRA	72
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	100	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	43
<i>atazanavir sulfate</i>	20	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	43
<i>atenolol</i>	51	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	43
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	50	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	43
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	50	<i>benazepril hcl</i>	44
<i>atomoxetine hcl</i>	71	BENDEKA	30
<i>atorvastatin calcium</i>	49	BENLYSTA	104
<i>atovaquone</i>	15	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	121
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	19	<i>benztropine mesylate</i>	65
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	19	BERINERT	99
ATROPINE SULFATE.....	114	BESIVANCE	111
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	114	BESREMI.....	33
ATROVENT HFA.....	115	<i>betaine powder for oral solution</i>	88
AUSTEDO	74	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	123
AUVELITY TAB 45-105MG.....	62	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	123
<i>avita</i>	120	<i>betamethasone valerate</i>	123
AYVAKIT	35	BETASERON	75
<i>azacitidine</i>	31	<i>betaxolol hcl</i>	51
<i>azathioprine</i>	104	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	113
<i>azelastine hcl</i>	116	<i>bethanechol chloride</i>	96
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	113	BETOPTIC-S	113
<i>azithromycin</i>	27	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	115
<i>aztreonam</i>	15	<i>bexarotene</i>	33
B			
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	111		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>bexarotene (topical)</i>	124	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BEXSERO INJ.....	105	8-2 mg (base equiv)	76
<i>bicalutamide</i>	32	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BICILLIN L-A	29	2-0.5 mg (base equiv)	76
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	22	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	22	8-2 mg (base equiv)	77
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		<i>bupropion hcl</i>	62
6.25 mg	50	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	77
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>buspironone hcl</i>	55
2.5-6.25 mg	50	<i>butorphanol tartrate</i>	13
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-</i>		BYDUREON BCISE	78
6.25 mg	50	BYETTA.....	78
<i>bisoprolol fumarate</i>	51	C	
BIVIGAM	103	<i>cabergoline</i>	88
BOOSTRIX INJ	105	CABOMETYX	35
<i>bortezomib</i>	35	<i>calcipotriene</i>	122
BORTEZOMIB.....	35	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	85
<i>bosentan</i>	55	<i>calcitrene</i>	122
BOSULIF	35	<i>calcitriol</i>	91
BRAFTOVI	35	<i>calcitriol (oral)</i>	91
BREO ELLIPTA INH 100-25	120	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> ...	90
BREO ELLIPTA INH 200-25	120	CALQUENCE	35
BREZTRI AERO AER SPHERE.....	115	<i>candesartan cilexetil</i>	47
BREZTRI AERO AER SPHERE		<i>candesartan cilexetil-</i>	
(INSTITUTIONAL PACK)	115	<i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	
BRILINTA	100	.....	45
<i>brimonidine tartrate</i>	113	<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>brinzolamide</i>	113	<i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	
BRIVIACT.....	56	.....	45
<i>bromocriptine mesylate</i>	65	<i>candesartan cilexetil-</i>	
BROMSITE.....	112	<i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> ..	46
BRUKINSA.....	35	CAPLYTA	67
<i>budesonide</i>	93	CAPRELSA	35
<i>budesonide (inhalation)</i>	119	<i>captopril</i>	44
<i>bumetanide</i>	53	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>buprenorphine hcl</i>	76	15 mg	43
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
12-3 mg (base equiv)	76	25 mg	43
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
2-0.5 mg (base equiv)	76	15 mg	43
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
4-1 mg (base equiv)	76	25 mg	43

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	65	<i>cefepime hcl</i>	26
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	65	<i>cefixime</i>	26
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	65	<i>cefoxitin sodium</i>	26
<i>carbamazepine</i>	56	<i>cefpodoxime proxetil</i>	26
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	65	<i>cefprozil</i>	26
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	65	<i>ceftazidime</i>	26
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	65	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	26
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	65	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	26
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	65	<i>ceftriaxone sodium</i>	26
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>12.5-50-200 mg</i>	65	<i>cefuroxime axetil</i>	26
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>18.75-75-200 mg</i>	65	<i>cefuroxime sodium</i>	26
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>25-100-200 mg</i>	65	<i>celecoxib</i>	11
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>31.25-125-200 mg</i>	65	CELONTIN	56
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>37.5-150-200 mg</i>	65	<i>cephalexin</i>	26
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> <i>50-200-200 mg</i>	66	CERDELGA	88
<i>carboplatin</i>	30	CEREZYME	88
<i>carglumic acid</i>	88	<i>cetirizine hcl</i>	116
<i>carisoprodol</i>	75	<i>cevimeline hcl</i>	h
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	113	CHEMET	85
<i>cartia xt</i>	52	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	126
<i>carvedilol</i>	51	<i>chloroquine phosphate</i>	19
<i>caspofungin acetate</i>	18	<i>chlorpromazine hcl</i>	67
CAYSTON	15	<i>chlorthalidone</i>	53
<i>cefaclor</i>	25	<i>cholestyramine</i>	49
CEFACLOR ER	25	<i>cholestyramine light</i>	49
<i>cefadroxil</i>	25	<i>ciclopirox olamine</i>	121
CEFAZOLIN	26	<i>cilostazol</i>	99
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	26	CILOXAN	111
<i>cefazolin sodium</i>	26	CIMDUO TAB 300-300	22
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% ...	26	<i>cinacalcet hcl</i>	88
<i>cefdinir</i>	26	CIPRO	27
		<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> ...	27
		<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> ...	27
		<i>ciprofloxacin hcl</i>	27
		<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	111
		<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	115
		<i>cisplatin</i>	30
		<i>citalopram hydrobromide</i>	63
		<i>claravis</i>	121
		<i>clarithromycin</i>	27

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>clindamycin hcl</i>	15	<i>colestipol hcl</i>	50
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> ..	15	<i>colistimethate sodium</i>	16
<i>clindamycin phosphate</i>	15	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	113
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	121	COMBIVENT AER 20-100	115
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> <i>300 mg/50ml</i>	15	COMETRIQ (60MG DOSE).....	35
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> <i>600 mg/50ml</i>	15	COMETRIQ KIT 100MG.....	35
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> <i>900 mg/50ml</i>	15	COMETRIQ KIT 140MG.....	35
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	97	COMPLERA TAB.....	22
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	16	<i>compro</i>	92
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	16	<i>constulose</i>	94
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	16	COPIKTRA	35
CLINIMIX INJ 4.25/D10	110	CORLANOR.....	54
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	110	COTELLIC.....	35
CLINIMIX INJ 5%/D15W	110	CREON CAP 12000UNT.....	95
CLINIMIX INJ 5%/D20W	110	CREON CAP 24000UNT.....	95
CLINIMIX INJ 6/5	110	CREON CAP 3000UNIT	95
CLINIMIX INJ 8/10	110	CREON CAP 36000UNT.....	95
CLINIMIX INJ 8/14	110	CREON CAP 6000UNIT	95
<i>clinisol sf 15%</i>	110	<i>cromolyn sodium</i>	117
CLINOLIPID EMU 20%	110	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	94
<i>clobazam</i>	56	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	113
<i>clobetasol propionate</i>	123	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	75
<i>clobetasol propionate e</i>	123	<i>cyclophosphamide</i>	30
<i>clomipramine hcl</i>	63	CYCLOPHOSPHAMIDE	30
<i>clonazepam</i>	56	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR.....	31
<i>clonidine</i>	54	<i>cycloserine</i>	23
<i>clonidine hcl</i>	54	<i>cyclosporine</i>	104
<i>clopidogrel bisulfate</i>	100	<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	104
<i>clorazepate dipotassium</i>	56	<i>cyproheptadine hcl</i>	116
<i>clotrimazole</i>	126	CYSTADROPS.....	114
<i>clotrimazole (topical)</i>	122	CYSTAGON	88
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> <i>1-0.05%</i>	122	CYSTARAN	114
<i>clozapine</i>	67	<i>cytarabine</i>	31
COARTEM TAB 20-120MG.....	19	D	
<i>colchicine</i>	11	D10W/NAACL INJ 0.2%	107
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> <i>mg</i>	11	D2.5W/NAACL INJ 0.45%.....	107
<i>colesevelam hcl</i>	49	D5W/LYTES INJ #48.....	107
		<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	98
		<i>dalfampridine</i>	75
		<i>danazol</i>	86
		<i>dantrolene sodium</i>	76

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>dapsone</i>	16	<i>diazepam</i>	57
DAPTACEL INJ	105	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	57
<i>daptomycin</i>	16	<i>diazepam inj</i>	57
DAPTOMYCIN.....	16	<i>diazoxide</i>	88
DAURISMO	35	<i>diclofenac potassium</i>	11
DAYVIGO	72	<i>diclofenac sodium</i>	11
<i>deferasirox</i>	85	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	112
DELESTROGEN.....	86	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	125
DELSTRIGO TAB.....	22	<i>dicloxacillin sodium</i>	29
DENGVAXIA SUS.....	105	<i>dicyclomine hcl</i>	93
<i>depo-testosterone</i>	77	DIFICID	27
DESCOVY TAB 120-15MG	22	<i>diflunisal</i>	11
DESCOVY TAB 200/25MG	22	<i>difluprednate</i>	112
<i>desipramine hcl</i>	63	<i>digoxin</i>	54
<i>desmopressin acetate</i>	88	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	73
<i>desmopressin acetate spray</i>	88	DILANTIN.....	57
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	89	DILANTIN INFATABS.....	57
<i>desvenlafaxine succinate</i>	63	DILANTIN-125	57
<i>dexamethasone</i>	87	<i>diltiazem hcl</i>	52
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	87	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	52
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	87	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	52
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> (ophth)	112	<i>dilt-xr</i>	52
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	72	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	105
<i>dextrose</i>	110	<i>diphenhydramine hcl</i>	116
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> 0.45%	107	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> <i>mg/5ml</i>	94
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> 0.45%	107	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	95
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	107	<i>dipyridamole</i>	100
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	107	<i>disopyramide phosphate</i>	48
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> 0.225%.....	107	<i>disulfiram</i>	77
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	107	<i>divalproex sodium</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	107	<i>docetaxel</i>	34
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	107	DOCETAXEL.....	34
DIACOMIT	56, 57	<i>dofetilide</i>	48
		<i>donepezil hydrochloride</i>	61
		DOPTELET	99
		<i>dorzolamide hcl</i>	113
		<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	113
		<i>dotti</i>	86
		DOVATO TAB 50-300MG	22

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>doxazosin mesylate</i>	45	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	23
<i>doxepin hcl</i>	63	EMTRIVA.....	20
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	72	EMVERM	16
<i>doxorubicin hcl</i>	31	<i>enalapril maleate</i>	44
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	31	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	43
<i>doxy 100</i>	30	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	43
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	30	ENBREL.....	100, 101
<i>doxycycline hyclate</i>	30	ENBREL MINI.....	101
DRIZALMA SPRINKLE.....	63	ENBREL SURECLICK	101
<i>dronabinol</i>	92	ENDARI.....	99
DROXIA	99	<i>endocet tab 10-325mg</i>	13
<i>droxidopa</i>	54	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	13
<i>duloxetine hcl</i>	63	<i>endocet tab 5-325mg</i>	13
DUPIXENT	100	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	13
<i>dutasteride</i>	96	ENGERIX-B.....	105
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	96	<i>enoxaparin sodium</i>	98
E		ENSTILAR AER	123
<i>e.e.s. 400</i>	27	<i>entacapone</i>	66
<i>ec-naproxen</i>	11	<i>entecavir</i>	24
EDURANT	20	ENTRESTO TAB 24-26MG	46
<i>efavirenz</i>	20	ENTRESTO TAB 49-51MG	46
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	22	ENTRESTO TAB 97-103MG	46
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	22	<i>enulose</i>	94
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	22	EPCLUSA PAK 150-37.5	24
ELIGARD	32	EPCLUSA PAK 200-50MG	24
ELIQUIS.....	98	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	24
ELIQUIS STARTER PACK.....	98	EPCLUSA TAB 400-100	24
ELLENCÉ	31	EPIDIOLEX	57
EMCYT	32	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	54, 117
EMSAM	63	<i>epitol</i>	57
<i>emtricitabine</i>	20	EPIVIR HBV	24
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	22	<i>eplerenone</i>	44
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	22	EPRONTIA	57
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	23	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> 73	
		ERIVEDGE	35
		ERLEADA.....	32
		<i>erlotinib hcl</i>	35
		<i>ertapenem sodium</i>	16
		<i>ery</i>	121

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>ery-tab</i>	27	FANAPT	67
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	27	FANAPT PAK	67
<i>erythrocine stearate</i>	27	FARXIGA	78
<i>erythromycin (acne aid)</i>	121	FASENRA	117
<i>erythromycin (ophth)</i>	111	FASENRA PEN	117
<i>erythromycin base</i>	27	<i>felbamate</i>	58
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	27	<i>felodipine</i>	52
<i>erythromycin lactobionate</i>	27	<i>fenofibrate</i>	49
<i>escitalopram oxalate</i>	63	<i>fenofibrate micronized</i>	49
<i>esomeprazole magnesium</i>	96	<i>fentanyl</i>	12
<i>estradiol</i>	86	<i>fentanyl citrate</i>	13
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		<i>fesoterodine fumarate</i>	97
<i>0.5-0.1 mg</i>	86	FETZIMA	63
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-</i>		FETZIMA CAP TITRATIO	63
<i>0.5 mg</i>	86	FIASP FLEX INJ TOUCH	82
<i>estradiol vaginal</i>	86	FIASP INJ 100/ML	82
<i>estradiol valerate</i>	86	FIASP PENFIL INJ U-100	82
<i>eszopiclone</i>	72	<i>finasteride</i>	96
<i>ethambutol hcl</i>	23	<i> fingolimod hcl</i>	75
<i>ethosuximide</i>	57	FINTEPLA	58
<i>etodolac</i>	11	<i>flac</i>	115
<i>etoposide</i>	34	FLAREX	112
<i>etravirine</i>	20	FLEBOGAMMA DIF	103
EULEXIN	32	<i>flecainide acetate</i>	48
<i>euthyrox</i>	91	FLOVENT DISKUS	119
<i>everolimus</i>	36	FLOVENT HFA	119
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> ..	104	<i>fluconazole</i>	18
EVOTAZ TAB 300-150	23	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>	
<i>exemestane</i>	32	<i>mg/100ml</i>	18
EXKIVITY	36	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>	
EYSUVIS	112	<i>mg/200ml</i>	18
<i>ezetimibe</i>	50	<i>flucytosine</i>	19
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> ..	50	<i>fludrocortisone acetate</i>	87
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> ..	50	<i>flunisolide (nasal)</i>	119
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> ..	50	<i>fluocinolone acetonide</i>	123
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> ..	50	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	115
F		<i>fluocinonide</i>	123, 124
FABRAZYME.....	89	<i>fluocinonide emulsified base</i>	124
<i>famciclovir</i>	24	<i>fluorometholone (ophth)</i>	113
<i>famotidine</i>	93	<i>fluorouracil</i>	31
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>		<i>fluorouracil (topical)</i>	125
<i>mg/50ml</i>	93	<i>fluoxetine hcl</i>	63

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>fluphenazine decanoate</i>	67	<i>gemcitabine hcl</i>	31
<i>fluphenazine hcl</i>	67	<i>gemfibrozil</i>	49
<i>flurbiprofen</i>	11	GEMTESA	97
<i>flurbiprofen sodium</i>	113	<i>generlac</i>	94
<i>fluticasone propionate</i>	124	<i>gengraf</i>	104
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	119	GENOTROPIN.....	89
<i>fluvoxamine maleate</i>	55	GENOTROPIN MINIQUICK.....	89
<i>fondaparinux sodium</i>	98	<i>gentak</i>	111
FORTEO	85	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	16
<i>fosamprenavir calcium</i>	20	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	16
<i>fosinopril sodium</i>	44	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	16
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i>	43	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	16
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	43	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	16
FOTIVDA	36	<i>gentamicin sulfate</i>	16
FREAMINE III INJ 10%.....	110	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	111
<i>fulvestrant</i>	32	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	121
<i>furosemide</i>	53	GENVOYA TAB	23
<i>furosemide inj</i>	53	GILOTRIF	36
FUZEON	20	<i>glatiramer acetate</i>	75
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	86	<i>glatopa</i>	75
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	86	GLEOSTINE	31
FYCOMPA	58	<i>glimepiride</i>	78
G		<i>glipizide</i>	78
<i>gabapentin</i>	58	<i>glipizide xl</i>	78
<i>galantamine hydrobromide</i>	62	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	78
GAMASTAN INJ	103	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	78
GAMMAGARD LIQUID.....	103	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> 79	
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	103	<i>glycopyrrolate</i>	93
GAMMAKED	103	<i>glydo</i>	124
GAMMAPLEX	103	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	79
GAMUNEX-C	103	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	79
<i>ganciclovir sodium</i>	24	GOLYTELY SOL.....	94
GARDASIL 9 INJ.....	105	<i>granisetron hcl</i>	92
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	111	<i>griseofulvin microsize</i>	19
GATTEX	95	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	19
GAUZE PADS 2	82	<i>guanfacine hcl</i>	54
<i>gavilyte-c</i>	94	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	72
<i>gavilyte-g</i>	94	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	88
GAVRETO	36	GVOKE KIT	88
<i>gefitinib</i>	36	GVOKE PFS	88

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

H	
HAEGARDA.....	99
<i>halobetasol propionate</i>	124
<i>haloperidol</i>	68
<i>haloperidol decanoate</i>	68
<i>haloperidol lactate</i>	68
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	24
HARVONI PAK 45-200MG.....	24
HARVONI TAB 45-200MG.....	24
HARVONI TAB 90-400MG.....	24
HAVRIX.....	105
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT.....	98
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT.....	98
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT.....	98
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT.....	98
<i>heparin sodium (porcine)</i>	98
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT.....	98
HEPLISAV-B.....	105
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	36
HERCEPTIN.....	36
HERZUMA.....	36
HIBERIX.....	105
HUMIRA.....	101
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	101
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D.....	101
HUMIRA PEN.....	101
HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	101
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	101
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	101
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER.....	101
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	82
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	82
<i>hydralazine hcl</i>	54
<i>hydrochlorothiazide</i>	53
<i>hydrocodone bitartrate</i>	12
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	13
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	13
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	13
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	13
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	13
<i>hydrocortisone</i>	87
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	93
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	125
<i>hydrocortisone (topical)</i>	124
<i>hydromorphone hcl</i>	14
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	102
<i>hydroxyurea</i>	33
<i>hydroxyzine hcl</i>	116
<i>hydroxyzine pamoate</i>	116
HYSINGLA ER.....	12
I	
<i>ibandronate sodium</i>	85
IBRANCE.....	36
<i>ibu</i>	11
<i>ibuprofen</i>	12
<i>icatibant acetate</i>	100
ICLUSIG.....	36
IDHIFA.....	36
ILEVRO.....	113
<i>imatinib mesylate</i>	36
IMBRUVICA.....	37
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	16
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	16
<i>imipramine hcl</i>	63
<i>imiquimod</i>	125
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	105
INCRELEX.....	89
INCRUSE ELLIPTA.....	116
<i>indapamide</i>	53
INFANRIX INJ.....	105
INFLIXIMAB.....	101
INGREZZA.....	74
INGREZZA CAP 40-80MG.....	74
INLYTA.....	37
INQOVI TAB 35-100MG.....	31
INREBIC.....	37

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	82	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	79
INSULIN SAFETY NEEDLES	82	JANUVIA	79
INSULIN SYRINGES: BD.....	82	JARDIANCE	79
INTELENCE.....	20	<i>javygtor</i>	89
INTRALIPID	110	JAYPIRCA	37
INTRON A	104	JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	79
INVEGA HAFYERA.....	68	JENTADUETO TAB 2.5-500	79
INVEGA SUSTENNA	68	JENTADUETO TAB 2.5-850	79
INVEGA TRINZA.....	68	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	79
IPOL INJ INACTIVE.....	105	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	80
<i>ipratropium bromide</i>	116	<i>jinteli</i>	86
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	116	JULUCA TAB 50-25MG.....	23
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i> <i>2.5(3) mg/3ml</i>	115	K	
<i>irbesartan</i>	48	KADCYLA	37
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> <i>12.5 mg</i>	46	KALYDECO	117, 118
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> <i>12.5 mg</i>	46	KANJINTI	37
IRESSA	37	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	107
<i>irinotecan hcl</i>	33	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.2% inj</i>	107
ISENTRESS	20	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	108
ISENTRESS HD	20	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.9% inj</i>	108
ISOLYTE-P INJ /D5W	107	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	108
ISOLYTE-S INJ	107	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	108
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	107	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5%</i> <i>& nacl 0.45% inj</i>	108
<i>isoniazid</i>	23	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	108
ISOPTO ATROPINE	114	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	108
<i>isosorbide dinitrate</i>	54	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	108
<i>isosorbide mononitrate</i>	54	KERENDIA	45
<i>isotretinoin</i>	121	KESIMPTA	75
<i>isradipine</i>	52	<i>ketoconazole</i>	19
<i>itraconazole</i>	19	<i>ketoconazole (topical)</i>	122
<i>ivermectin</i>	16	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	113
IXIARO INJ.....	105	KEVZARA	101, 102
J		KEYTRUDA	37
JAKAFI.....	37		
<i>jantoven</i>	98		
JANUMET TAB 50-1000	79		
JANUMET TAB 50-500MG	79		
JANUMET XR TAB 100-1000.....	79		
JANUMET XR TAB 50-1000	79		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

KINRIX INJ.....	105	LENVIMA CAP 18 MG	38
KISQALI 200 DOSE	37	LENVIMA CAP 24 MG	38
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	33	<i>letrozole</i>	32
KISQALI 400 DOSE	37	<i>leucovorin calcium</i>	42
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	34	LEUKERAN.....	31
KISQALI 600 DOSE	37	<i>leuprolide acetate</i>	32
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	34	<i>levalbuterol hcl</i>	117
<i>klor-con</i>	109	<i>levalbuterol tartrate</i>	117
<i>klor-con 10</i>	109	LEVEMIR	82
<i>klor-con 8</i>	109	LEVEMIR FLEXPEN.....	82
<i>klor-con m10</i>	109	LEVEMIR FLEXTOUCH	83
<i>klor-con m15</i>	109	<i>levetiracetam</i>	58
<i>klor-con m20</i>	109	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1000 mg/100ml</i>	59
KORLYM.....	89	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1500 mg/100ml</i>	59
KRAZATI	38	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>500 mg/100ml</i>	59
KYNMOBI	66	<i>levobunolol hcl</i>	114
L		<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	89
<i>labetalol hcl</i>	51	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	116
<i>lacosamide</i>	58	<i>levofloxacin</i>	27
<i>lacosamide oral</i>	58	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	27
<i>lactated ringer's solution</i>	108	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> <i>mg/100ml</i>	27
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	125	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> <i>mg/150ml</i>	28
<i>lactulose</i>	94	<i>levo-t</i>	91
<i>lamivudine</i>	20	<i>levothyroxine sodium</i>	91
<i>lamivudine (hbv)</i>	25	<i>levoxyl</i>	91
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	23	LEXIVA	20
<i>lamotrigine</i>	58	<i>lidocaine</i>	124
<i>lansoprazole</i>	96	<i>lidocaine hcl</i>	124
LANTUS	82	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	15
LANTUS SOLOSTAR	82	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	126
<i>lapatinib ditosylate</i>	38	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> 124	
<i>latanoprost</i>	114	<i>linezolid</i>	16, 17
LATUDA	68	<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600</i> <i>mg/300ml-0.9%</i>	17
<i>leflunomide</i>	103	LINZESS	95
<i>lenalidomide</i>	33	<i>liothyronine sodium</i>	91
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	38		
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	38		
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	38		
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	38		
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	38		
LENVIMA CAP 14 MG	38		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>lisinopril</i>	44	LYSODREN	32
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	43	LYTGOBI	38
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	44	M	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	44	<i>magnesium sulfate</i>	108
<i>lithium carbonate</i>	74	MAGNESIUM SULFATE	108
LOKELMA	85	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	108
LONSURF TAB 15-6.14	31	<i>malathion</i>	125
LONSURF TAB 20-8.19	31	<i>maraviroc</i>	20
<i>loperamide hcl</i>	95	MARPLAN	63
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	23	MATULANE	34
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	23	MAVYRET PAK 50-20MG	25
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	23	MAVYRET TAB 100-40MG	25
<i>lorazepam</i>	55	<i>meclizine hcl</i>	92
<i>lorazepam intensol</i>	56	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	90
LORBRENA	38	<i>mefloquine hcl</i>	20
<i>losartan potassium</i>	48	<i>megestrol acetate</i>	32, 90
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	46	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	90
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	46	MEKINIST	38
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	46	MEKTOVI	38
LOTEMAX	113	<i>meloxicam</i>	12
<i>lovastatin</i>	49	<i>memantine hcl</i>	62
<i>loxapine succinate</i>	68	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	62
LUMAKRAS	38	MENACTRA INJ	105
LUMIGAN	114	MENQUADFI INJ	106
LUMIZYME	89	MENVEO INJ	106
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	32	MENVEO SOL	106
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	32	<i>mercaptopurine</i>	31
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	89	<i>meropenem</i>	17
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	89	<i>mesalamine</i>	93, 94
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	89	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	94
<i>lurasidone hcl</i>	68	MESNEX	42
<i>lyllana</i>	87	<i>metadate er</i>	72
LYNPARZA	38	<i>metformin hcl</i>	80
		<i>methadone hcl</i>	12
		<i>methadone hydrochloride i</i>	12
		<i>methazolamide</i>	53
		<i>methenamine hippurate</i>	17
		<i>methimazole</i>	91
		<i>methocarbamol</i>	76
		<i>methotrexate sodium</i>	31, 103

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>methsuximide</i>	59	MULTAQ	48
<i>methylphenidate hcl</i>	72	<i>mupirocin</i>	121
<i>methylprednisolone</i>	87	MVASI	38
<i>methylprednisolone acetate</i>	87	<i>mycophenolate mofetil</i>	104
<i>methylprednisolone sod succ</i>	87	<i>mycophenolate sodium</i>	104
<i>metoclopramide hcl</i>	92	MYRBETRIQ	97
<i>metolazone</i>	53	N	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	50	<i>nabumetone</i>	12
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	51	<i>nadolol</i>	51
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	50	<i>nafticillin sodium</i>	29
<i>metoprolol succinate</i>	51	NAGLAZYME	89
<i>metoprolol tartrate</i>	51	<i>nalbuphine hcl</i>	14
<i>metronidazole</i>	17	<i>naloxone hcl</i>	77
<i>metronidazole (topical)</i>	125	<i>naltrexone hcl</i>	77
<i>metronidazole vaginal</i>	97	NAMZARIC CAP 14-10MG	62
<i>metirosine</i>	54	NAMZARIC CAP 21-10MG	62
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	108	NAMZARIC CAP 28-10MG	62
<i>micafungin sodium</i>	19	NAMZARIC CAP 7-10MG	62
<i>midodrine hcl</i>	54	NAMZARIC CAP PACK	62
<i>miglustat</i>	89	<i>naproxen</i>	12
<i>mimvey</i>	87	<i>naproxen sodium</i>	12
<i>minocycline hcl</i>	30	<i>naratriptan hcl</i>	73
<i>minoxidil</i>	54	NATACYN	112
<i>mirtazapine</i>	63	<i>nateglinide</i>	80
<i>misoprostol</i>	95	NATPARA	85
MITIGARE	11	NAYZILAM	59
M-M-R II INJ	105	<i>nebivolol hcl</i>	51
M-NATAL PLUS TAB	109	<i>nefazodone hcl</i>	64
<i>moexipril hcl</i>	44	<i>neomycin sulfate</i>	17
<i>molindone hcl</i>	68	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	112
<i>mometasone furoate</i>	124	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-</i> <i>10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	112
MONJUVI	38	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	111
<i>montelukast sodium</i>	117	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i>	111
<i>morphine sulfate</i>	12, 14	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	111
MORPHINE SULFATE	14	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	115
MORPHINE SULFATE/SODIUM C	14		
MOVANTIK	95		
<i>moxifloxacin hcl</i>	28		
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	112		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	115	NOVOLOG PENFILL	83
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	112	NOXAFIL	19
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	111	NUBEQA	32
NERLYNX	38	NUEDEXTA CAP 20-10MG	74
NEUPRO	66	NULOJIX	104
<i>nevirapine</i>	21	NUPLAZID	68
NEXAVAR	39	NURTEC	74
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	50	NUTRILIPID	110
<i>nicardipine hcl</i>	52	NUZYRA	30
NICOTROL INHALER	77	<i>nyamyc</i>	122
NICOTROL NS	77	NYMALIZE	52
<i>nifedipine</i>	52	<i>nystatin</i>	19
<i>nilutamide</i>	32	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	126
<i>nimodipine</i>	52	<i>nystatin (topical)</i>	122
NINLARO	39	<i>nystop</i>	122
<i>nitazoxanide</i>	17	O	
<i>nitisinone</i>	89	OCTAGAM	103
NITRO-BID	54	<i>octreotide acetate</i>	89
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	17	ODEFSEY TAB	23
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	17	ODOMZO	39
<i>nitroglycerin</i>	55	OFEV	118
<i>nizatidine</i>	93	<i>ofloxacin (ophth)</i>	112
<i>norethindrone acetate</i>	90	<i>ofloxacin (otic)</i>	115
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	87	OGIVRI	39
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	87	OGIVRI INJ 420MG	39
NORPACE CR	48	<i>olanzapine</i>	68, 69
<i>nortriptyline hcl</i>	64	<i>olmesartan medoxomil</i>	48
NORVIR	21	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	46
NOVOLIN INJ 70/30	83	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	46
NOVOLIN INJ 70/30 FP	83	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> ..	46
NOVOLIN N	83	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	46
NOVOLIN N FLEXPEN	83	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	46
NOVOLIN R	83		
NOVOLIN R FLEXPEN	83		
NOVOLOG	83		
NOVOLOG FLEXPEN	83		
NOVOLOG MIX INJ 70/30	83		
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	83		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	47	<i>oxcarbazepine</i>	59
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	46	<i>oxybutynin chloride</i>	97
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	46	<i>oxycodone hcl</i>	14
<i>olopatadine hcl</i>	113	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	15
<i>omeprazole</i>	96	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>	14
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	83	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	14
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	83	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>	14
OMNIPOD DASH KIT INTRO	83	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	80
OMNIPOD DASH MIS PODS	83	OZEMPIC (1MG/DOSE)	80
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	84	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	80
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	84	P	
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	84	<i>pacerone</i>	48
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	84	<i>paclitaxel</i>	34
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	84	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	34
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	84	<i>paliperidone</i>	69
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	84	<i>pamidronate disodium</i>	85
OMNIPOD MIS CLASSIC	84	PAMIDRONATE DISODIUM	85
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	84	PANRETIN	125
<i>ondansetron</i>	92	<i>pantoprazole sodium</i>	96
<i>ondansetron hcl</i>	92	PANZYGA	103
ONTRUZANT	39	<i>paraplatin</i>	31
ONUREG	31	<i>paricalcitol</i>	91
OPSUMIT	55	<i>paromomycin sulfate</i>	17
ORGOVYX	32	<i>paroxetine hcl</i>	64
ORKAMBI GRA 100-125	118	PEDIARIX INJ 0.5ML	106
ORKAMBI GRA 150-188	118	PEDVAX HIB	106
ORKAMBI GRA 75-94MG	118	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	94
ORKAMBI TAB 100-125	118	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	94
ORKAMBI TAB 200-125	118	PEGASYS	25
ORSERDU	33	PEMAZYRE	39
<i>oseltamivir phosphate</i>	25	<i>pemetrexed disodium</i>	32
OTEZLA	102	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	29
OTEZLA TAB 10/20/30	102	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	29
<i>oxacillin sodium</i>	29	<i>penicillamine</i>	85
<i>oxaliplatin</i>	31		
<i>oxandrolone</i>	77		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>penicillin g potassium</i>	29	<i>piroxicam</i>	12
PENICILLIN G PROCAINE	29	PLASMA-LYTE INJ -148	108
<i>penicillin g sodium</i>	29	PLASMA-LYTE INJ -A	108
<i>penicillin v potassium</i>	29	<i>plenamine</i>	110
PENTACEL INJ	106	PLENVU SOL	94
<i>pentamidine isethionate inh</i>	17	<i>podofilox</i>	125
<i>pentamidine isethionate inj</i>	17	<i>polycin ophth oint</i>	112
<i>pentoxifylline</i>	100	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i> 10000 unit/ml-0.1%	112
<i>perindopril erbumine</i>	44	POMALYST	33
<i>periogard</i>	126	<i>posaconazole</i>	19
<i>permethrin</i>	125	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	108
<i>perphenazine</i>	69	POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	108
PERSERIS	69	POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	108
<i>pfizerpen</i>	29	<i>potassium chloride</i>	109
<i>phenelzine sulfate</i>	64	POTASSIUM CHLORIDE	109
<i>phenobarbital</i>	59	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>	109
<i>phenobarbital sodium</i>	59	<i>potassium chloride microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	109
PHENYTEK	59	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	96
<i>phenytoin</i>	59	PRADAXA	98
<i>phenytoin sodium</i>	59	PRALUENT	50
<i>phenytoin sodium extended</i>	59	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	66
PHESGO SOL	39	<i>prasugrel hcl</i>	100
PIFELTRO	21	<i>pravastatin sodium</i>	49
<i>pilocarpine hcl</i>	114	<i>praziquantel</i>	17
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	126	<i>prazosin hcl</i>	45
<i>pimozide</i>	69	<i>prednisolone</i>	87
<i>pindolol</i>	51	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	113
<i>pioglitazone hcl</i>	80	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	113
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	29	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	87
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	30	<i>prednisone</i>	88
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	29	PREDNISONE INTENSOL	88
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	30	<i>pregabalin</i>	59
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	30	PREHEVBRIO	106
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	39	PREMASOL SOL 10%	110
PIQRAY 250MG TAB DOSE	39	PRENATAL TAB 27-1MG	109
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	39	PRENATAL TAB PLUS	109
<i>pirfenidone</i>	118		

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>prevalite</i>	50	<i>quetiapine fumarate</i>	69
PREVYMIS	25	<i>quinapril hcl</i>	44
PREZCOBIX TAB 800-150	23	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-</i>	
PREZISTA.....	21	<i>12.5 mg</i>	44
PRIFTIN	23	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
<i>primaquine phosphate</i>	20	<i>12.5 mg</i>	44
PRIMAQUINE PHOSPHATE	20	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25</i>	
<i>primidone</i>	59	<i>mg</i>	44
PRIORIX INJ	106	<i>quinidine sulfate</i>	48
PRIVIGEN.....	103	<i>quinine sulfate</i>	20
<i>probenecid</i>	11	R	
PROCALAMINE INJ 3%	110	RABAVERT INJ	106
<i>prochlorperazine</i>	92	<i>rabeprazole sodium</i>	96
<i>prochlorperazine edisylate</i>	92	<i>raloxifene hcl</i>	89
<i>prochlorperazine maleate</i>	92	<i>ramipril</i>	44
PROCRIT	99	<i>ranolazine</i>	54
<i>procto-med hc</i>	125	<i>rasagiline mesylate</i>	66
<i>procto-pak</i>	125	RAYALDEE	91
<i>proctosol hc</i>	125	RECOMBIVAX HB.....	106
<i>proctozone-hc</i>	125	RECTIV	125
PROGRAF	104	REGRANEX	126
PROLASTIN-C	118	RELENZA DISKHALER	25
PROLENSA.....	113	RELISTOR	95
PROLIA	85	REMICADE.....	102
PROMACTA	100	RENFLEXIS	102
<i>promethazine hcl</i>	92	<i>repaglinide</i>	80
<i>propafenone hcl</i>	48	RESTASIS	114
<i>proparacaine hcl</i>	114	RESTASIS MULTIDOSE.....	114
<i>propranolol hcl</i>	51	RETEVMO	39
<i>propylthiouracil</i>	91	REVLIMID.....	33
PROQUAD INJ	106	REXULTI	69
PROSOL INJ 20%	110	REYATAZ.....	21
<i>protriptyline hcl</i>	64	REZLIDHIA	39
PULMICORT FLEXHALER.....	120	REZUROCK.....	104
PULMOZYME	118	RHOPRESSA	114
PURIXAN.....	32	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	25
<i>pyrazinamide</i>	24	<i>rifabutin</i>	24
<i>pyridostigmine bromide</i>	74	<i>rifampin</i>	24
Q		<i>riluzole</i>	75
QINLOCK	39	<i>rimantadine hydrochloride</i>	25
QUADRACEL INJ.....	106	RINVOQ	102
QUADRACEL INJ 0.5ML	106	<i>risedronate sodium</i>	85

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

RISPERDAL CONSTA.....	69	SIVEXTRO	17
<i>risperidone</i>	69, 70	SKYRIZI.....	102
<i>ritonavir</i>	21	SKYRIZI PEN	102
<i>rivastigmine</i>	62	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>	
<i>rivastigmine tartrate</i>	62	<i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	94
<i>rizatriptan benzoate</i>	74	<i>sodium chloride</i>	109
ROCKLATAN DRO	114	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	126
<i>roflumilast</i>	118	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i>	
<i>ropinirole hydrochloride</i>	66	<i>mg/ml soln</i>	109
<i>rosuvastatin calcium</i>	49	SODIUM OXYBATE.....	76
ROTARIX SUS	106	<i>sodium phenylbutyrate</i>	90
ROTATEQ SOL.....	106	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	86
<i>roweepra</i>	60	<i>solifenacin succinate</i>	97
ROZLYTREK.....	39	SOLIQUA INJ 100/33	84
RUBRACA	39	SOLTAMOX.....	33
<i>rufinamide</i>	60	SOLU-CORTEF	88
RUKOBIA	21	SOMATULINE DEPOT	90
RYBELSUS	80	SOMAVERT	90
RYDAPT	39	<i>sorafenib tosylate</i>	39
S		<i>sorine</i>	49
<i>sajazir</i>	100	<i>sotalol hcl</i>	49
SANDIMMUNE.....	104	<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	49
SANTYL.....	126	<i>spironolactone</i>	45
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	90	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	
SCEMBLIX	39	<i>tab 25-25 mg</i>	53
<i>scopolamine</i>	92	SPRITAM	60
SECUADO.....	70	SPRYCEL	40
<i>selegiline hcl</i>	66	<i>sps</i>	86
<i>selenium sulfide</i>	122	<i>ssd</i>	121
SELZENTRY	21	<i>stavudine</i>	21
SEREVENT DISKUS.....	117	STIVARGA	40
<i>sertraline hcl</i>	64	<i>streptomycin sulfate</i>	17
<i>sevelamer carbonate</i>	90	STRIBILD TAB.....	23
SHINGRIX	106	<i>subvenite</i>	60
SIGNIFOR	90	<i>sucrafate</i>	95
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	121
<i>hypertension)</i>	55	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	112
<i>silver sulfadiazine</i>	121	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	114	<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	111
<i>simvastatin</i>	49	<i>sulfadiazine</i>	17
<i>sirolimus</i>	104	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>	
SIRTURO.....	24	<i>400-80 mg/5ml</i>	17

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>		<i>tamoxifen citrate</i>	33
200-40 mg/5ml.....	17	<i>tamsulosin hcl</i>	96
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		TASIGNA.....	40
400-80 mg	17	<i>tasimelteon</i>	73
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>tazarotene</i>	122
800-160 mg	18	<i>tazicef</i>	26
SULFAMYLON.....	121	TAZORAC	122
<i>sulfasalazine</i>	94	<i>taztia xt</i>	52
<i>sulindac</i>	12	TAZVERIK	40
<i>sumatriptan</i>	74	TDVAX INJ 2-2 LF.....	106
<i>sumatriptan succinate</i>	74	TECENTRIQ	40
<i>sunitinib malate</i>	40	TEFLARO	26
SUNLENCA	21	<i>telmisartan</i>	48
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	94	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	47
SYMBICORT AER 160-4.5	120	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> ..	47
SYMBICORT AER 80-4.5.....	120	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	47
SYMDEKO TAB 100-150	118	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> ..	47
SYMDEKO TAB 50-75MG	118	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i>	
SYMJEPI.....	118	12.5 mg	47
SYMPAZAN	60	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
SYMTUZA TAB.....	23	12.5 mg	47
SYNAREL.....	86	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
SYNERCID INJ 500MG.....	18	25 mg	47
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	81	<i>temazepam</i>	73
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	81	TENIVAC INJ 5-2LF.....	106
SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	81	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	21
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	80	TEPMETKO	40
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	81	<i>terazosin hcl</i>	45
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	81	<i>terbinafine hcl</i>	19
SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	81	<i>terbutaline sulfate</i>	117
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	81	<i>terconazole vaginal</i>	97
SYNRIBO.....	34	TERIPARATIDE.....	85
SYNTHROID.....	91	<i>testosterone</i>	77
T		<i>testosterone cypionate</i>	77
TABLOID	32	<i>testosterone enanthate</i>	78
TABRECTA	40	<i>tetrabenazine</i>	75
<i>tacrolimus</i>	105	<i>tetracycline hcl</i>	30
<i>tacrolimus (topical)</i>	125	THALOMID	33
TAFINLAR.....	40	THEO-24	119
TAGRISSE.....	40	<i>theophylline</i>	119
TALTZ.....	102	<i>thioridazine hcl</i>	70
TALZENNA.....	40	<i>thiothixene</i>	70

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

<i>tiadylt er</i>	52	TRESIBA	84
<i>tiagabine hcl</i>	60	TRESIBA FLEXTOUCH.....	84
TIBSOVO.....	40	<i>tretinoin</i>	121
TICOVAC.....	106	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	34
<i>tigecycline</i>	30	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	126
TIGECYCLINE.....	30	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	124
<i>timolol maleate</i>	51	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i>	
<i>timolol maleate (ophth)</i>	114	37.5-25 mg	53
TIVICAY	21	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>	
TIVICAY PD	21	37.5-25 mg	53
<i>tizanidine hcl</i>	76	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	111	75-50 mg	53
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05.....	111	TRICARE TAB PRENATAL	109
<i>tobramycin</i>	18	<i>trientine hcl</i>	86
<i>tobramycin (ophth)</i>	112	<i>trifluoperazine hcl</i>	70
<i>tobramycin sulfate</i>	18	<i>trifluridine</i>	112
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>		<i>trihexyphenidyl hcl</i>	66
0.3-0.1%	111	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-	
<i>tolterodine tartrate</i>	97	1000MG	81
<i>topiramate</i>	60	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-	
<i>toposar</i>	34	1000MG	81
<i>toremifene citrate</i>	33	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-	
<i>torseamide</i>	53	1000MG	81
TOUJEO MAX SOLOSTAR	84	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-	
TOUJEO SOLOSTAR	84	1000MG	81
TPN ELECTROL INJ	109	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	
TRADJENTA	81	.....	119
<i>tramadol hcl</i>	15	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i>		.....	119
mg	15	<i>trimethoprim</i>	18
<i>trandolapril</i>	44	TRIMETHOPRIM.....	18
<i>tranexamic acid</i>	100	<i>trimipramine maleate</i>	64
<i>tranylcypromine sulfate</i>	64	TRINTELLIX	64
TRAVASOL INJ 10%.....	110	TRIUMEQ PD TAB	23
TRAZIMERA	40	TRIUMEQ TAB	23
<i>trazodone hcl</i>	64	TRIZIVIR TAB	23
TRECTOR	24	TROGARZO.....	21
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25		TROPHAMINE INJ 10%.....	110
MCG	115	<i>tropium chloride</i>	97
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25		TRULICITY.....	81
MCG	115	TRUMENBA INJ	106
<i>treprostinil</i>	55	TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE	40

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	40	VELPHORO	90
TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE	40	VELTASSA	86
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE	40	VEMLIDY	25
TRUXIMA.....	41	VENCLEXTA.....	41
TUKYSA	41	VENCLEXTA TAB START PK.....	41
TURALIO	41	<i>venlafaxine hcl</i>	64
TWINRIX INJ	106	VENTAVIS	55
TYBOST	21	VENTOLIN HFA.....	117
TYPHIM VI.....	107	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	
TYRVAYA.....	114	.....	117
U		<i>verapamil hcl</i>	52
<i>unithroid</i>	91	VERQUVO.....	54
<i>ursodiol</i>	95	VERSACLOZ.....	70
V		VERZENIO.....	41
<i>valacyclovir hcl</i>	25	V-GO 20 KIT.....	84
VALCHLOR	125	V-GO 30 KIT.....	84
<i>valganciclovir hcl</i>	25	V-GO 40 KIT.....	84
<i>valproate sodium</i>	60	VICTOZA.....	81
<i>valproic acid</i>	60	<i>vigabatrin</i>	60, 61
<i>valsartan</i>	48	<i>vigadrone</i>	61
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VIIBRYD KIT STARTER	64
<i>12.5 mg</i>	47	<i>vilazodone hcl</i>	64
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VIMPAT	61
<i>25 mg</i>	47	<i>vincristine sulfate</i>	34
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		<i>vinorelbine tartrate</i>	34
<i>12.5 mg</i>	47	VIRACEPT.....	22
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		VIREAD.....	22
<i>25 mg</i>	47	VITRAKVI	41
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		VIVITROL.....	77
<i>12.5 mg</i>	47	VIZIMPRO	41
VALTOCO	60	VONJO	41
<i>vanadom</i>	76	<i>voriconazole</i>	19
<i>vancomycin hcl</i>	18	VOSEVI TAB	25
VANCOMYCIN INJ 1 GM.....	18	VOTRIENT	41
VANCOMYCIN INJ 500MG	18	VRAYLAR.....	70
VANCOMYCIN INJ 750MG	18	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	70
VAQTA.....	107	VYZULTA.....	114
<i>varenicline tartrate</i>	77	W	
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i>		<i>warfarin sodium</i>	99
<i>42 x 1 mg start pack</i>	77	<i>water for irrigation, sterile irrigation</i>	
VARIVAX.....	107	<i>soln</i>	126
VASCEPA.....	50	WELIREG	34

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

X	
XALKORI.....	41
XARELTO.....	99
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	99
XATMEP.....	103
XCOPRI.....	61
XCOPRI PAK 100-150.....	61
XCOPRI PAK 12.5-25.....	61
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	61
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	61
XCOPRI PAK 50-100MG.....	61
XELJANZ.....	102
XELJANZ XR.....	102
XERMELO.....	95
XGEVA.....	85
XHANCE.....	119
XIFAXAN.....	95
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	82
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	82
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	81
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	82
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	82
XIIDRA.....	114
XOFLUZA.....	25
XOLAIR.....	119
XOSPATA.....	41
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY.....	42
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	41
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	41
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY.....	41
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....	41
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY.....	42
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....	42
XTANDI.....	33
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	85
XYREM.....	76
Y	
YF-VAX INJ.....	107
<i>yuvafem</i>	87
Z	
<i>zafirlukast</i>	117
<i>zaleplon</i>	73
ZARXIO.....	99
ZEJULA.....	42
ZELBORAF.....	42
ZEMAIRA.....	119
<i>zenatane</i>	121
ZENPEP CAP 10000UNT.....	95
ZENPEP CAP 15000UNT.....	95
ZENPEP CAP 20000UNT.....	96
ZENPEP CAP 25000UNT.....	96
ZENPEP CAP 3000UNIT.....	95
ZENPEP CAP 40000UNT.....	96
ZENPEP CAP 5000UNIT.....	95
ZERVIATE.....	113
<i>zidovudine</i>	22
ZIEXTENZO.....	99
<i>ziprasidone hcl</i>	70
<i>ziprasidone mesylate</i>	70
ZIRABEV.....	42
ZIRGAN.....	112
<i>zoledronic acid</i>	85
ZOLINZA.....	42
<i>zolmitriptan</i>	74
<i>zolpidem tartrate</i>	73
ZONISADE.....	61
<i>zonisamide</i>	61
ZTALMY.....	61
ZYDELIG.....	42
ZYKADIA.....	42
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	111
ZYPREXA RELPREVV.....	70

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de julio de 2023. Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Este vademécum se actualizó el 1 de julio de 2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con ArchCare Advantage HMO Special Needs Plan Member Services llamando al 1-888-816-7977 o, para los usuarios de TTY, 711, las 24 horas al día / 7 días a la semana, o visite www.ArchCareAdvantage.org.

