

2023

Formulario

(Lista de medicamentos cubiertos)

Este vademécum se actualizó el 1 de septiembre 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: 15

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 septiembre 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 medicamento 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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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 128. 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 septiembre 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 septiembre 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

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 128.

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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	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 septiembre 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	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	1	NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	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</i> SOLR 50mg	1	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	1	B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	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	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>miconazole 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; SUSP 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</i> 62.5-25 mg	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
<i>darunavir</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	QL (30 tabs / 30 days), 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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NM
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
TYBOST TABS 150mg	1	NM
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 133-200 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), NM
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
HARVONI TAB 90-400MG	1	NM, PA
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<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	
e.e.s. 400 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	
FLUOROQUINOLONES		
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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 500 mg/100ml</i>	1	
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<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	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	1	
<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	
<i>TETRACYCLINES</i>		
<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	
<i>ANTINEOPLASTIC AGENTS</i>		
<i>ALKYLATING AGENTS</i>		
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml; TABS 25mg, 50mg	1	B/D
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
ELLENCE 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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NM
TABLOID TABS 40mg	1	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ORGOVYX TABS 120mg	1	NM, LA, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 200 PAK FEMARA	1	QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
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 1gm/50ml, 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>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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ALUNBRIG PAK	1	NM, LA, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 600 DOSE TBPK 200mg	1	QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
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 SOLR .05mg/ml; TABS .5mg, 2mg	1	NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NM, LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NM, LA, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
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; TBSO 10mg	1	NM, LA, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .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	LA, PA
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE CPPK 25mg	1	LA, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE CPPK 100mg	1	LA, PA
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	1	LA, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 60 MG TWICE WEEKLY TBPk 20mg	1	QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
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
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	QL (30 tabs / 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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 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)
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 32-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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</i> TABS 32mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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>torsemide 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 septiembre 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 septiembre 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	
<i>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION</i>		
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
<i>CENTRAL NERVOUS SYSTEM</i>		
<i>ANTIANXIETY</i>		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone 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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
ANTICONVULSANTS		
APTOM TABS 200mg, 400mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
APTOM 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; TBP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBP .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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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 septiembre 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 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	1	QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<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</i> 10-100mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10-100 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-100 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-250 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	1	
INBRIJA CAPS 42mg	1	QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	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</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
<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		
<i>AIMOVIG</i> 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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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)
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
AUSTEDO XR TB24 6mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	1	
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv)	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv)	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv)	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	1	
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab</i> 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	1	PA
VIVITROL SUSR 380mg	1	NM

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
ENDOCRINE AND METABOLIC		
ANDROGENS		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	1	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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</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)
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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)
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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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)
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)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	1	NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	1	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	
ESTROGENS		
<i>amabelz</i>	1	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	1	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>estradiol</i> 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	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<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 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvaferm</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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
<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 MINISQUICK 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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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, 20mg	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	
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<u>VITAMIN D ANALOGS</u>		
<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	
<u>GASTROINTESTINAL 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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
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

Nombre del Medicamento	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<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>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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 TABS .5mg, 1mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<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 CAPS 2mg</i>	1	
<i>misoprostol TABS 100mcg, 200mcg</i>	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	PA
<i>sucralfate TABS 1gm</i>	1	
<i>ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg</i>	1	
XERMELO TABS 250mg	1	QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	PA

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>PANCREATIC ENZYMES</i>		
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	
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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	
MISCELLANEOUS		
<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	
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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	

HEMATOLOGIC

ANTICOAGULANTS

<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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)
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
<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	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	

IMMUNOLOGIC AGENTS

AUTOIMMUNE AGENTS

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
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
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 (168 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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	QL (1 syringe / 28 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
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	1	
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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
IMMUNOMODULATORS		
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
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	B/D, NM
<i>gengraf</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
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	
<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 0.9% 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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	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	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	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 SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	
<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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
ANTI-INFECTIVES		
<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	
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	1	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	1	
ZIRGAN GEL .15%	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX SUSP .2%	1	
BROMSITE SOLN .075%	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	1	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	1	
EYSUVIS SUSP .25%	1	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	1	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	1	
ILEVRO SUSP .3%	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
PROLENSA SOLN .07%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	1	
ZERVIAE SOLN .24%	1	
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	1	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	1	
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>MISCELLANEOUS</u>		
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	
<u>OTIC</u>		
<u>OTIC AGENTS</u>		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	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)</i> SOLN .3%	1	
<u>RESPIRATORY</u>		
<u>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS</u>		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl SOLN .1%, .15%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	1	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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	
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 PAK 59.5MG	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
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

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	1	NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	1	NM, LA, PA
NASAL STEROIDS		
<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
STERIOD INHALANTS		
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)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
STERIOD/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR DISKU AER 100/50	1	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	1	QL (60 inhalations / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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
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)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<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
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	1	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	1	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	1	QL (60 pledgets / 30 days)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	1	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	1	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	1	
<i>ssd</i> CREA 1%	1	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	1	QL (60 mL / 30 days)
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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	
<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)

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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)
<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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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
<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 1%, 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	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>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>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)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
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)</i> SOLN .9%	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>clotrimazole</i> TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	1	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	1	

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>	121
<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>	97
<i>acetic acid (otic)</i>	115
<i>acetylcysteine</i>	118
<i>acitretin</i>	123
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.....	121
ADVAIR HFA AER 115/21	121
ADVAIR HFA AER 230/21	121
ADVAIR HFA AER 45/21	121
AIMOVIG.....	73
<i>ala-cort</i>	123
<i>albendazole</i>	15
<i>albuterol sulfate</i>	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>	95
ALPHAGAN P.....	114
<i>alprazolam</i>	55
ALREX	113
ALUNBRIG.....	34
ALUNBRIG PAK	35
<i>amabelz</i>	86
<i>amantadine hcl</i>	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>	43
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	43

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	45
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	45
<i>amnestem</i>	121
<i>amoxapine</i>	62
<i>amoxicillin</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	28
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	28
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	71

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	71
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	71
<i>amphotericin b</i>	18
<i>amphotericin b liposome</i>	18
<i>ampicillin</i>	28
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	28
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	29
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	29
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	29
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	29
<i>ampicillin sodium</i>	29
<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 septiembre 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
APTIOM.....	56
APTIVUS	20
ARALAST NP	118
ARCALYST	104
<i>aripiprazole</i>	66
ARISTADA	67
ARISTADA INITIO.....	67
<i>armodafinil</i>	76
ARNUITY ELLIPTA.....	120
<i>asenapine maleate</i>	67
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	100
<i>atazanavir sulfate</i>	20
<i>atenolol</i>	51
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	50
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	50
<i>atomoxetine hcl</i>	71, 72
<i>atorvastatin calcium</i>	49
<i>atovaquone</i>	15
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	19
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	19
ATROPINE SULFATE.....	115
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	115
ATROVENT HFA.....	116
AUSTEDO	74
AUSTEDO XR	74
AUVELITY TAB 45-105MG.....	63
<i>avita</i>	121
AYVAKIT	35
<i>azacitidine</i>	31
<i>azathioprine</i>	104
<i>azelastine hcl</i>	116
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	113
<i>azithromycin</i>	27
<i>aztreonam</i>	15

B

<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	112
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> ..	112
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	111
<i>baclofen</i>	76
BAFIERTAM	75
<i>balsalazide disodium</i>	93
BALVERSA.....	35
BARACLUDE	24
BASAGLAR KWIKPEN	82
BCG VACCINE.....	105
BD ALCOHOL SWABS.....	82
BELSOMRA	72
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	43
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	43
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	43
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	43
<i>benazepril hcl</i>	44
BENDEKA	30
BENLYSTA	104
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	121
<i>benztropine mesylate</i>	65
BERINERT	100
BESIVANCE	112
BESREMI.....	33
<i>betaine powder for oral solution</i>	88
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	123
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	123
<i>betamethasone valerate</i>	124
BETASERON	75
<i>betaxolol hcl</i>	51
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	114
<i>bethanechol chloride</i>	97
BETOPTIC-S	114

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

BEVESPI AER 9-4.8MCG	116
bexarotene	33
bexarotene (topical)	125
BEXSERO INJ.....	105
bicalutamide	32
BICILLIN L-A	29
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	22
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	22
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg	50
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	50
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25 mg	50
bisoprolol fumarate	51
BIVIGAM	103
BOOSTRIX INJ	105
bortezomib	35
BORTEZOMIB.....	35
bosentan	55
BOSULIF	35
BRAFTOVI	35
BREO ELLIPTA INH 100-25	121
BREO ELLIPTA INH 200-25	121
BREZTRI AERO AER SPHERE.....	116
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	116
BRILINTA	100
brimonidine tartrate	114
brinzolamide.....	114
BRIVIACT	56
bromocriptine mesylate.....	65
BROMSITE.....	113
BRUKINSA.....	35
budesonide.....	93, 94
budesonide (inhalation)	120
bumetanide	53
buprenorphine hcl	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)	77

buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	77
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)	77
bupropion hcl.....	63
bupropion hcl (smoking deterrent) ...	77
buspirone hcl.....	55
butorphanol tartrate	13
BYDUREON BCISE	78
BYETTA.....	78
C	
cabergoline	88
CABOMETYX	35
calcipotriene	123
calcitonin (salmon) spray	85
calcitrene	123
calcitriol	92
calcitriol (oral)	92
calcium acetate (phosphate binder) ..	90
CALQUENCE	35
candesartan cilexetil	47, 48
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	45
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	46
candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg .	46
CAPLYTA	67
CAPRELSA	35
captopril	44
captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 15 mg	43
captopril & hydrochlorothiazide tab 25- 25 mg	43
captopril & hydrochlorothiazide tab 50- 15 mg	43

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

<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	43
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	65
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	65
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	65
<i>carbamazepine</i>	56
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	65
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	65
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	65
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	65
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	65
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	65
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	65
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	65
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	65
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	66
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	66
<i>carboplatin</i>	30
<i>carglumic acid</i>	88
<i>carisoprodol</i>	76
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	114
<i>cartia xt</i>	52
<i>carvedilol</i>	51
<i>caspofungin acetate</i>	18
<i>CAYSTON</i>	15
<i>cefaclor</i>	25
<i>CEFACLOR ER</i>	25
<i>cefadroxil</i>	26
<i>CEFAZOLIN</i>	26
<i>CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML</i>	26
<i>cefazolin sodium</i>	26

<i>CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%</i> ...	26
<i>cefdinir</i>	26
<i>cefepime hcl</i>	26
<i>cefixime</i>	26
<i>cefoxitin sodium</i>	26
<i>cefpodoxime proxetil</i>	26
<i>cefprozil</i>	26
<i>ceftazidime</i>	26
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM</i>	26
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM</i>	26
<i>ceftriaxone sodium</i>	26
<i>cefuroxime axetil</i>	26
<i>cefuroxime sodium</i>	26
<i>celecoxib</i>	11
<i>CELONTIN</i>	56
<i>cephalexin</i>	26
<i>CERDELGA</i>	89
<i>CEREZYME</i>	89
<i>cetirizine hcl</i>	116
<i>cevimeline hcl</i>	126
<i>CHEMET</i>	86
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	126
<i>chloroquine phosphate</i>	19
<i>chlorpromazine hcl</i>	67
<i>chlorthalidone</i>	53
<i>cholestyramine</i>	49
<i>cholestyramine light</i>	49
<i>ciclopirox olamine</i>	122
<i>cilostazol</i>	100
<i>CILOXAN</i>	112
<i>CIMDUO TAB 300-300</i>	22
<i>cinacalcet hcl</i>	89
<i>CIPRO</i>	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>	112
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	115
<i>cisplatin</i>	30
<i>citalopram hydrobromide</i>	63

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

<i>claravis</i>	121
<i>clarithromycin</i>	27
<i>clindamycin hcl</i>	15
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	15
<i>clindamycin phosphate</i>	15
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	121
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	15
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	15
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	15
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	98
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	16
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	16
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	16
CLINIMIX INJ 4.25/D10	110
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	110
CLINIMIX INJ 5%/D15W	110
CLINIMIX INJ 5%/D20W	110
CLINIMIX INJ 6/5	110
CLINIMIX INJ 8/10	110
CLINIMIX INJ 8/14	110
<i>clinisol sf 15%</i>	111
CLINOLIPID EMU 20%	111
<i>clobazam</i>	56
<i>clobetasol propionate</i>	124
<i>clobetasol propionate e</i>	124
<i>clomipramine hcl</i>	63
<i>clonazepam</i>	56
<i>clonidine</i>	54
<i>clonidine hcl</i>	54
<i>clopidogrel bisulfate</i>	101
<i>clorazepate dipotassium</i>	56
<i>clotrimazole</i>	127
<i>clotrimazole (topical)</i>	122
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	122
<i>clozapine</i>	67
COARTEM TAB 20-120MG	19
<i>colchicine</i>	11

<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i> mg	11
<i>colesevelam hcl</i>	49
<i>colestipol hcl</i>	50
<i>colistimethate sodium</i>	16
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	114
COMBIVENT AER 20-100	116
COMETRIQ (60MG DOSE)	35
COMETRIQ KIT 100MG	35
COMETRIQ KIT 140MG	35
COMPLERA TAB	22
<i>compro</i>	92
<i>constulose</i>	94
COPIKTRA	35
CORLANOR	54
COTELLIC	35
CREON CAP 12000UNT	96
CREON CAP 24000UNT	96
CREON CAP 3000UNIT	96
CREON CAP 36000UNT	96
CREON CAP 6000UNIT	96
<i>cromolyn sodium</i>	118
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	95
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	114
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	76
<i>cyclophosphamide</i>	30
CYCLOPHOSPHAMIDE	31
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	31
<i>cycloserine</i>	23
<i>cyclosporine</i>	104
<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	104
<i>cyproheptadine hcl</i>	116
CYSTADROPS	115
CYSTAGON	89
CYSTARAN	115
<i>cytarabine</i>	31
D	
D10W/NACL INJ 0.2%	107
D2.5W/NACL INJ 0.45%	107
D5W/LYTES INJ #48	107
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	98

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

<i>dalfampridine</i>	75	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	108
<i>danazol</i>	86	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	108
<i>dantrolene sodium</i>	76	DIACOMIT	56, 57
<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
<i>darunavir</i>	20	<i>diclofenac potassium</i>	11
DAURISMO	35	<i>diclofenac sodium</i>	11
DAYVIGO	72	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	113
<i>deferasirox</i>	86	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	125
DELESTROGEN	86	<i>dicloxacillin sodium</i>	29
DELSTRIGO TAB	22	<i>dicyclomine hcl</i>	93
DENG VAXIA SUS	105	DIFICID	27
<i>depo-testosterone</i>	78	<i>diflunisal</i>	11
DESCOVY TAB 120-15MG	22	<i>difluprednate</i>	113
DESCOVY TAB 200/25MG	22	<i>digoxin</i>	54
<i>desipramine hcl</i>	63	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	73
<i>desmopressin acetate</i>	89	DILANTIN	57
<i>desmopressin acetate spray</i>	89	DILANTIN INFATABS	57
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	89	DILANTIN-125	57
<i>desvenlafaxine succinate</i>	63	<i>diltiazem hcl</i>	52
<i>dexamethasone</i>	87	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	52
DEXAMETHASONE INTENSOL	87	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	52
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ...	87	<i>dilt-xr</i>	52
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> (ophth)	113	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	105
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	72	<i>diphenhydramine hcl</i>	116
<i>dextrose</i>	111	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025</i> mg/5ml	95
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride</i> 0.45%	108	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> 0.025 mg	95
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride</i> 0.45%	107	<i>dipyridamole</i>	101
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	107	<i>disopyramide phosphate</i>	48
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	108	<i>disulfiram</i>	77
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride</i> 0.225%	108	<i>divalproex sodium</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	108	<i>docetaxel</i>	34
		DOCETAXEL	34
		<i>dofetilide</i>	48
		<i>donepezil hydrochloride</i>	62
		DOPTelet	100

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

<i>dorzolamide hcl</i>	114	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	23
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	114	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	23
<i>dotti</i>	86	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	23
DOVATO TAB 50-300MG	22	EMTRIVA.....	20
<i>doxazosin mesylate</i>	45	EMVERM	16
<i>doxepin hcl</i>	63	<i>enalapril maleate</i>	44
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	72	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	43
<i>doxorubicin hcl</i>	31	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	43
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	31	ENBREL.....	101
<i>doxy 100</i>	30	ENBREL MINI.....	101
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	30	ENBREL SURECLICK	101
<i>doxycycline hyclate</i>	30	ENDARI.....	100
DRIZALMA SPRINKLE.....	63	<i>endocet tab 10-325mg</i>	13
<i>dronabinol</i>	92	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	13
DROXIA	100	<i>endocet tab 5-325mg</i>	13
<i>droxidopa</i>	54	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	13
<i>duloxetine hcl</i>	63	ENERGIX-B.....	105
DUPIXENT	101	<i>enoxaparin sodium</i>	98
<i>dutasteride</i>	97	ENSTILAR AER	124
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	97	<i>entacapone</i>	66
E		<i>entecavir</i>	24
<i>e.e.s. 400</i>	27	ENTRESTO TAB 24-26MG	46
<i>ec-naproxen</i>	11	ENTRESTO TAB 49-51MG	46
EDURANT	20	ENTRESTO TAB 97-103MG	46
<i>efavirenz</i>	20	<i>enulose</i>	94
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	22	EPCLUSA PAK 150-37.5	24
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	22	EPCLUSA PAK 200-50MG.....	24
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	22	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	24
ELIGARD	32	EPCLUSA TAB 400-100	24
ELIQUIS.....	98	EPIDIOLEX	57
ELIQUIS STARTER PACK.....	98	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	54, 118
ELLENCE	31	<i>epitol</i>	57
EMCYT	32	EPIVIR HBV	24
EMSAM	63	<i>eplerenone</i>	45
<i>emtricitabine</i>	20	EPRONTIA	57
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	22	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	74
		ERIVEDGE.....	35

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

ERLEADA.....	32	<i>famciclovir</i>	24
<i>erlotinib hcl</i>	35, 36	<i>famotidine</i>	93
<i>ertapenem sodium</i>	16	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
<i>ery</i>	121	<i>mg/50ml</i>	93
<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>	122	FASENRA	118
<i>erythromycin (ophth)</i>	112	FASENRA PEN	118
<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>	87	FIASP FLEX INJ TOUCH	82
<i>estradiol vaginal</i>	87	FIASP INJ 100/ML	82
<i>estradiol valerate</i>	87	FIASP PENFIL INJ U-100	82
<i>eszopiclone</i>	73	<i>finasteride</i>	97
<i>ethambutol hcl</i>	23	<i>finlimod hcl</i>	75
<i>ethosuximide</i>	57	FINTEPLA	58
<i>etodolac</i>	11	<i>flac</i>	115
<i>etoposide</i>	34	FLAREX	113
<i>etravirine</i>	20	FLEBOGAMMA DIF	103
EULEXIN	32	<i>flecainide acetate</i>	48
<i>euthyrox</i>	91	FLOVENT DISKUS.....	120
<i>everolimus</i>	36	FLOVENT HFA	120
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> ..	105	<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	113	<i>mg/200ml</i>	18
<i>ezetimibe</i>	50	<i>flucytosine</i>	18
<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>	120
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	50	<i>fluocinolone acetonide</i>	124
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	50	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	115
F		<i>fluocinonide</i>	124
FABRAZYME.....	89	<i>fluocinonide emulsified base</i>	124

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

<i>fluorometholone (ophth)</i>	113	<i>gavilyte-c</i>	94
<i>fluorouracil</i>	31	<i>gavilyte-g</i>	94
<i>fluorouracil (topical)</i>	125	GAVRETO	36
<i>fluoxetine hcl</i>	63	<i>gefitinib</i>	36
<i>fluphenazine decanoate</i>	67	<i>gemcitabine hcl</i>	31
<i>fluphenazine hcl</i>	68	<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>	105
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	120	GENOTROPIN	89
<i>fluvoxamine maleate</i>	55	GENOTROPIN MINIQUEL	89
<i>fondaparinux sodium</i>	98	<i>gentak</i>	112
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>	44	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	16
FOTIVDA	36	<i>gentamicin sulfate</i>	16
FREAMINE III INJ 10%	111	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	112
<i>fulvestrant</i>	32	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	122
<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>	87	<i>glatopa</i>	75, 76
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	87	GLEOSTINE	31
FYCOMPA	58	<i>glimepiride</i>	78
G		<i>glipizide</i>	78, 79
<i>gabapentin</i>	58	<i>glipizide xl</i>	79
<i>galantamine hydrobromide</i>	62	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	79
GAMASTAN INJ	103	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	79
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	104	<i>glydo</i>	125
GAMMAPLEX	104	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	79
GAMUNEX-C	104	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	79
<i>ganciclovir sodium</i>	24	GOLYTELY SOL	94
GARDASIL 9 INJ	106	<i>granisetron hcl</i>	92
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	112	<i>griseofulvin microsize</i>	18
GATTEX	95	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	19
GAUZE PADS 2	82	<i>guanfacine hcl</i>	54

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

<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	72
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	88
GVOKE KIT	88
GVOKE PFS	88

H

HAEGARDA.....	100
<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	25
HAVRIX.....	106
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT.....	98
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT.....	98
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT.....	98
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....	99
<i>heparin sodium (porcine)</i>	99
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	99
HEPLISAV-B	106
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	36
HERCEPTIN	36
HERZUMA.....	36
HIBERIX.....	106
HUMIRA	101
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	101
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	101
HUMIRA PEN.....	101
HUMIRA PEN KIT PS/UV	102
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	102
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	102
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER.....	102
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>	94
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	125
<i>hydrocortisone (topical)</i>	124
<i>hydromorphone hcl</i>	14
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	103
<i>hydroxyurea</i>	33
<i>hydroxyzine hcl</i>	117
<i>hydroxyzine pamoate</i>	117
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, 37
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.)	106
INBRIJA	66
INCRELEX	89
INCRUSE ELLIPTA	116
<i>indapamide</i>	53
INFANRIX INJ	106
INFLIXIMAB.....	102

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

INGREZZA.....	75
INGREZZA CAP 40-80MG	75
INLYTA	37
INQOVI TAB 35-100MG.....	31
INREBIC.....	37
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO ...	83
INSULIN SAFETY NEEDLES	83
INSULIN SYRINGES: BD.....	83
INTELENCE.....	20
INTRALIPID	111
INTRON A	104
INVEGA HAFYERA.....	68
INVEGA SUSTENNA	68
INVEGA TRINZA.....	68
IPOLE INJ INACTIVE.....	106
<i>ipratropium bromide</i>	116
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	116
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5- 2.5(3) mg/3ml</i>	116
<i>irbesartan</i>	48
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150- 12.5 mg</i>	46
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300- 12.5 mg</i>	46
IRESSA	37
<i>irinotecan hcl</i>	33
ISENTRESS	20
ISENTRESS HD	20
ISOLYTE-P INJ /D5W	108
ISOLYTE-S INJ.....	108
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	108
<i>isoniazid</i>	23
ISOPTO ATROPINE	115
<i>isosorbide dinitrate</i>	54
<i>isosorbide mononitrate</i>	54
<i>isotretinoin</i>	122
<i>isradipine</i>	52
<i>itraconazole</i>	19
<i>ivermectin</i>	16
IXIARO INJ.....	106
J	
JAKAFI.....	37

<i>jantoven</i>	99
JANUMET TAB 50-1000	79
JANUMET TAB 50-500MG	79
JANUMET XR TAB 100-1000.....	79
JANUMET XR TAB 50-1000	79
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	79
JANUVIA	79
JARDIANCE	80
<i>javygtor</i>	89
JAYPIRCA	37
JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	80
JENTADUETO TAB 2.5-500	80
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG ...	80
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	80
<i>jinteli</i>	87
JULUCA TAB 50-25MG.....	23
K	
KADCYLA	37
KALYDECO	118
KANJINTI	37
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	108
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	108
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	108
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	108
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	108
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	108
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	108
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	108
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	108
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	108
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	108
KERENDIA.....	45

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

KESIMPTA	76	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	38
<i>ketoconazole</i>	19	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	38
<i>ketoconazole (topical)</i>	122, 123	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	38
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	113	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	38
KEVZARA	102	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	38
KEYTRUDA	37	LENVIMA CAP 14 MG	38
KINRIX INJ.....	106	LENVIMA CAP 18 MG	38
KISQALI 200 DOSE	37	LENVIMA CAP 24 MG	38
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	34	<i>letrozole</i>	32
KISQALI 400 DOSE	37	<i>leucovorin calcium</i>	42
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	34	LEUKERAN.....	31
KISQALI 600 DOSE	38	<i>leuprolide acetate</i>	32
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	34	<i>levalbuterol hcl</i>	117
<i>klor-con</i>	110	<i>levalbuterol tartrate</i>	117
<i>klor-con 10</i>	110	LEVEMIR	83
<i>klor-con 8</i>	110	LEVEMIR FLEXPEN.....	83
<i>klor-con m10</i>	110	LEVEMIR FLEXTOUCH	83
<i>klor-con m15</i>	110	<i>levetiracetam</i>	58
<i>klor-con m20</i>	110	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	59
KORLYM.....	89	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	59
KRAZATI	38	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	59
L		<i>levobunolol hcl</i>	114
<i>labetalol hcl</i>	51	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> ...89	
<i>lacosamide</i>	58	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	117
<i>lacosamide oral</i>	58	<i>levofloxacin</i>	27
<i>lactated ringer's solution</i>	109	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	27
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	125	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500</i> mg/100ml	28
<i>lactulose</i>	94	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750</i> mg/150ml	28
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	94	<i>levothyroxine sodium</i>	91
<i>lamivudine</i>	20	<i>levoxyl</i>	91
<i>lamivudine (hbv)</i>	25	LEXIVA	20
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	23	<i>lidocaine</i>	125
<i>lamotrigine</i>	58	<i>lidocaine hcl</i>	125
<i>lansoprazole</i>	96	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	15
LANTUS	83	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	127
LANTUS SOLOSTAR	83	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	125
<i>lapatinib ditosylate</i>	38		
<i>latanoprost</i>	114		
LATUDA	68		
<i>leflunomide</i>	103		
<i>lenalidomide</i>	33		

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

<i>linezolid</i>	16, 17
LINEZOLID INJ 2MG/ML	17
LINZESS	95
<i>liothyronine sodium</i>	91
<i>lisinopril</i>	44
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	44
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	44
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	44
<i>lithium carbonate</i>	75
LOKELMA	86
LONSURF TAB 15-6.14	31
LONSURF TAB 20-8.19	31
<i>loperamide hcl</i>	95
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	23
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	23
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	23
<i>lorazepam</i>	55
<i>lorazepam intensol</i>	56
LORBRENA	38
<i>losartan potassium</i>	48
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	46
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	46
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	46
LOTEMAX	113
<i>lovastatin</i>	49
<i>loxapine succinate</i>	68
LUMAKRAS	38
LUMIGAN	114
LUMIZYME	89
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	32
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	32
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	89
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	89

LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	90
<i>lurasidone hcl</i>	68
<i>lyllana</i>	87
LYNPARZA	38
LYSODREN	32
LYTGOBI	38

M

<i>magnesium sulfate</i>	109
MAGNESIUM SULFATE	109
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	109
<i>malathion</i>	126
<i>maraviroc</i>	21
MARPLAN	64
MATULANE	34
MAVYRET PAK 50-20MG	25
MAVYRET TAB 100-40MG	25
<i>meclizine hcl</i>	92
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	91
<i>mefloquine hcl</i>	19
<i>megestrol acetate</i>	32, 91
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	91
MEKINIST	38
MEKTOVI	38
<i>meloxicam</i>	12
<i>memantine hcl</i>	62
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	62
MENACTRA INJ	106
MENQUADFI INJ	106
MENVEO INJ	106
MENVEO SOL	106
<i>mercaptopurine</i>	31
<i>meropenem</i>	17
<i>mesalamine</i>	94
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	94
MESNEX	42
<i>metadate er</i>	72
<i>metformin hcl</i>	80
<i>methadone hcl</i>	12
<i>methadone hydrochloride i</i>	12
<i>methazolamide</i>	53

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

<i>methenamine hippurate</i>	17
<i>methimazole</i>	91
<i>methocarbamol</i>	76
<i>methotrexate sodium</i>	31, 103
<i>methsuximide</i>	59
<i>methylphenidate hcl</i>	72
<i>methylprednisolone</i>	88
<i>methylprednisolone acetate</i>	88
<i>methylprednisolone sod succ</i>	88
<i>metoclopramide hcl</i>	92
<i>metolazone</i>	53
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	50
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	51
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	50
<i>metoprolol succinate</i>	51
<i>metoprolol tartrate</i>	51
<i>metronidazole</i>	17
<i>metronidazole (topical)</i>	126
<i>metronidazole vaginal</i>	98
<i>metyrosine</i>	54
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	109
<i>micafungin sodium</i>	19
<i>midodrine hcl</i>	54
<i>miglustat</i>	90
<i>mimvey</i>	87
<i>minocycline hcl</i>	30
<i>minoxidil</i>	54
<i>mirtazapine</i>	64
<i>misoprostol</i>	95
MITIGARE	11
M-M-R II INJ	106
M-NATAL PLUS TAB	110
<i>moexipril hcl</i>	44
<i>molindone hcl</i>	68
<i>mometasone furoate</i>	125
MONJUVI	38
<i>montelukast sodium</i>	118
<i>morphine sulfate</i>	12, 14
MORPHINE SULFATE	14

MORPHINE SULFATE/SODIUM C	14
MOVANTIK	95
<i>moxifloxacin hcl</i>	28
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	112
MULTAQ	48
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	109
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	109
<i>mupirocin</i>	122
MVASI	39
<i>mycophenolate mofetil</i>	105
<i>mycophenolate sodium</i>	105
MYRBETRIQ	97
N	
<i>nabumetone</i>	12
<i>nadolol</i>	51
<i>nafticillin sodium</i>	29
NAGLAZYME	90
<i>nalbuphine hcl</i>	14
<i>naloxone hcl</i>	77
<i>naltrexone hcl</i>	77
NAMZARIC CAP 14-10MG	62
NAMZARIC CAP 21-10MG	62
NAMZARIC CAP 28-10MG	62
NAMZARIC CAP 7-10MG	62
NAMZARIC CAP PACK	62
<i>naproxen</i>	12
<i>naproxen sodium</i>	12
<i>naratriptan hcl</i>	74
NATACYN	112
<i>nateglinide</i>	80
NATPARA	85
NAYZILAM	59
<i>nebivolol hcl</i>	51
<i>nefazodone hcl</i>	64
<i>neomycin sulfate</i>	17
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i> 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	112
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-</i> 10000-0.025mg-unt-mg/ml	112
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	111

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

<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		
<i>ophth susp 0.1%</i>	111	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	111	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>		
.....	115	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i>		
<i>mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	115	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt</i>		
<i>op oin</i>	112	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	111	
NERLYNX.....	39	
NEUPRO	66	
<i>nevirapine</i>	21	
NEXAVAR	39	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	50	
<i>nicardipine hcl</i>	52	
NICOTROL INHALER	77	
NICOTROL NS.....	77	
<i>nifedipine</i>	52	
<i>nilutamide</i>	32	
<i>nimodipine</i>	52	
NINLARO.....	39	
<i>nitazoxanide</i>	17	
<i>nitisinone</i>	90	
NITRO-BID	54	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	17	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	17	
<i>nitroglycerin</i>	55	
<i>nizatidine</i>	93	
<i>norethindrone acetate</i>	91	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>		
<i>tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	87	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i>		
<i>tab 1 mg-5 mcg</i>	87	
NORPACE CR	48	
<i>nortriptyline hcl</i>	64	
NORVIR	21	
NOVOLIN INJ 70/30.....	83	
NOVOLIN INJ 70/30 FP	83	
NOVOLIN N	83	
NOVOLIN N FLEXPEN	83	
NOVOLIN R	83	
NOVOLIN R FLEXPEN	83	
NOVOLOG	83	
NOVOLOG FLEXPEN	83	
NOVOLOG MIX INJ 70/30	83	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	83	
NOVOLOG PENFILL	84	
NOXAFIL	19	
NUBEQA.....	32	
NUDEXTA CAP 20-10MG	75	
NULOJIX	105	
NUPLAZID	68	
NURTEC	74	
NUTRILIPID	111	
NUZYRA	30	
<i>nyamyc</i>	122	
NYMALIZE	52	
<i>nystatin</i>	19	
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	127	
<i>nystatin (topical)</i>	122, 123	
<i>nystop</i>	123	
O		
OCTAGAM	104	
<i>octreotide acetate</i>	90	
ODEFSEY TAB	23	
ODOMZO.....	39	
OFEV	118	
<i>ofloxacin (ophth)</i>	112	
<i>ofloxacin (otic)</i>	115	
OGIVRI	39	
OGIVRI INJ 420MG.....	39	
<i>olanzapine</i>	69	
<i>olmesartan medoxomil</i>	48	
<i>olmesartan medoxomil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>		
.....	46	
<i>olmesartan medoxomil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>		
.....	46	
<i>olmesartan medoxomil-</i>		
<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>		46

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 20-5-12.5 mg</i>	46	<i>oseltamivir phosphate</i>	25
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	47	OTEZLA.....	102
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	47	OTEZLA TAB 10/20/30	102
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	46	<i>oxacillin sodium</i>	29
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	46	<i>oxaliplatin</i>	31
<i>olopatadine hcl</i>	114	<i>oxandrolone</i>	78
<i>omeprazole</i>	96	<i>oxcarbazepine</i>	59
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	84	<i>oxybutynin chloride</i>	97
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	84	<i>oxycodone hcl</i>	14
OMNIPOD DASH KIT INTRO	84	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>	15
OMNIPOD DASH MIS PODS	84	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>	14
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	84	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	14
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	84	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>	14
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	84	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	80
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	84	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	80
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	84	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	80
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	84	P	
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	84	<i>pacerone</i>	48
OMNIPOD MIS CLASSIC	84	<i>paclitaxel</i>	34
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	84	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	34
<i>ondansetron</i>	92	<i>paliperidone</i>	69
<i>ondansetron hcl</i>	92	<i>pamidronate disodium</i>	85
ONTRUZANT	39	PAMIDRONATE DISODIUM.....	85
ONUREG	32	PANRETIN	126
OPSUMIT	55	<i>pantoprazole sodium</i>	96
ORGOVYX.....	33	PANZYGA	104
ORKAMBI GRA 100-125	118	<i>paraplatin</i>	31
ORKAMBI GRA 150-188	118	<i>paricalcitol</i>	92
ORKAMBI GRA 75-94MG	118	<i>paromomycin sulfate</i>	17
ORKAMBI TAB 100-125.....	118	<i>paroxetine hcl</i>	64
ORKAMBI TAB 200-125.....	119	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	106
ORSERDU.....	33	PEDVAX HIB	106
		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	94
		<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	94

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

PEGASYS.....	25	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>	
PEMAZYRE.....	39	40.5 gm (36-4.5 gm).....	30
<i>pemetrexed disodium</i>	32	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	39
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	29	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	39
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	29	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	39
<i>penicillamine</i>	86	<i>pirfenidone</i>	119
<i>penicillin g potassium</i>	29	<i>piroxicam</i>	12
PENICILLIN G PROCAINE.....	29	PLASMA-LYTE INJ -148	109
<i>penicillin g sodium</i>	29	PLASMA-LYTE INJ -A.....	109
<i>penicillin v potassium</i>	29	<i>plenamine</i>	111
PENTACEL INJ.....	106	PLENVU SOL	95
<i>pentamidine isethionate inh</i>	17	<i>podofilox</i>	126
<i>pentamidine isethionate inj</i>	17	<i>polycin ophth oint</i>	112
<i>pentoxifylline</i>	100	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>	
<i>perindopril erbumine</i>	44	10000 unit/ml-0.1%	112
<i>perio gard</i>	127	POMALYST.....	33
<i>permethrin</i>	126	<i>posaconazole</i>	19
<i>perphenazine</i>	69	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	
PERSERIS	69		109
<i>pfizerpen</i>	29	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	
<i>phenelzine sulfate</i>	64		109
<i>phenobarbital</i>	59	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	
<i>phenobarbital sodium</i>	59		109
PHENYTEK.....	59	<i>potassium chloride</i>	109, 110
<i>phenytoin</i>	59	POTASSIUM CHLORIDE	109
<i>phenytoin sodium</i>	59	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>phenytoin sodium extended</i>	59	dextrose 5% inj	109
PHESGO SOL	39	<i>potassium chloride microencapsulated</i>	
PIFELTRO	21	crystals er	110
<i>pilocarpine hcl</i>	114	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	97
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	127	PRADAXA	99
<i>pimozide</i>	69	PRALUENT	50
<i>pindolol</i>	51	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	66
<i>pioglitazone hcl</i>	81	<i>prasugrel hcl</i>	101
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i>		<i>pravastatin sodium</i>	49
3.375 gm (3-0.375 gm)	29	<i>praziquantel</i>	17
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		<i>prazosin hcl</i>	45
13.5 gm (12-1.5 gm)	30	<i>prednisolone</i>	88
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	113
2.25 gm (2-0.25 gm)	30	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP....	113
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i>		<i>prednisolone sodium phosphate</i>	88
4.5 gm (4-0.5 gm)	30	<i>prednisone</i>	88

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

PREDNISONE INTENSOL	88
<i>pregabalin</i>	59
PREHEVBRIO	106
PREMASOL SOL 10%	111
PRENATAL TAB 27-1MG.....	110
PRENATAL TAB PLUS	110
<i>prevalite</i>	50
PREVYMIS	25
PREZCOBIX TAB 800-150.....	23
PREZISTA.....	21
PRIFTIN	24
<i>primaquine phosphate</i>	19
PRIMAQUINE PHOSPHATE	20
<i>primidone</i>	59
PRIORIX INJ	106
PRIVIGEN.....	104
<i>probenecid</i>	11
<i>prochlorperazine</i>	92
<i>prochlorperazine edisylate</i>	93
<i>prochlorperazine maleate</i>	93
PROCRT	99
<i>procto-med hc</i>	126
<i>proctosol hc</i>	126
<i>proctozone-hc</i>	126
PROGRAF	105
PROLASTIN-C	119
PROLENSA.....	113
PROLIA	85
PROMACTA	100
<i>promethazine hcl</i>	93
<i>propafenone hcl</i>	48
<i>proparacaine hcl</i>	115
<i>propranolol hcl</i>	51
<i>propylthiouracil</i>	91
PROQUAD INJ	106
PROSOL INJ 20%	111
<i>protriptyline hcl</i>	64
PULMICORT FLEXHALER	120
PULMOZYME	119
PURIXAN.....	32
<i>pyrazinamide</i>	24
<i>pyridostigmine bromide</i>	75

Q

QINLOCK	39
QUADRACEL INJ.....	106
QUADRACEL INJ 0.5ML	106
<i>quetiapine fumarate</i>	69
<i>quinapril hcl</i>	44
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	44
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	44
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	44
<i>quinidine sulfate</i>	49
<i>quinine sulfate</i>	20

R

RABAVERT INJ	107
<i>rabeprazole sodium</i>	96
<i>raloxifene hcl</i>	90
<i>ramipril</i>	44
<i>ranolazine</i>	54
<i>rasagiline mesylate</i>	66
RAYALDEE.....	92
RECOMBIVAX HB.....	107
RECTIV	126
REGRANEX	126
RELENZA DISKHALER	25
RELISTOR	95
REMICADE.....	102
RENFLEXIS	102
<i>repaglinide</i>	81
RESTASIS	115
RESTASIS MULTIDOSE.....	115
RETEVMO	39
REVLIMID.....	33
REXULTI	69
REYATAZ.....	21
REZLIDHIA	39
REZUROCK	105
RHOPRESSA	114
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	25
<i>rifabutin</i>	24
<i>rifampin</i>	24

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

<i>riluzole</i>	75	<i>SIMBRINZA SUS 1-0.2%</i>	114
<i>rimantadine hydrochloride</i>	25	<i>simvastatin</i>	49
RINVOQ	102	<i>sirolimus</i>	105
<i>risedronate sodium</i>	85	SIRTURO	24
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>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	95
<i>rivastigmine tartrate</i>	62	<i>sodium chloride</i>	109
<i>rizatriptan benzoate</i>	74	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	126
ROCKLATAN DRO	114	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f)</i> <i>mg/ml soln</i>	110
<i>roflumilast</i>	119	SODIUM OXYBATE	76
<i>ropinirole hydrochloride</i>	66	<i>sodium phenylbutyrate</i>	90
<i>rosuvastatin calcium</i>	49	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	86
ROTARIX SUS	107	<i>solifenacin succinate</i>	97
ROTATEQ SOL	107	SOLQUA INJ 100/33	84
<i>roweepra</i>	60	SOLTAMOX	33
ROZLYTREK	39	SOLU-CORTEF	88
RUBRACA	39	SOMATULINE DEPOT	90
<i>rufinamide</i>	60	SOMAVERT	90
RUKOBIA	21	<i>sorafenib tosylate</i>	40
RYBELSUS	81	<i>sorine</i>	49
RYDAPT	39	<i>sotalol hcl</i>	49
S		<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	49
<i>sajazir</i>	100	<i>spironolactone</i>	45
SANDIMMUNE	105	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 25-25 mg</i>	53
SANTYL	126	SPRITAM	60
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	90	SPRYCEL	40
SCEMBLIX	39, 40	<i>sps</i>	86
<i>scopolamine</i>	93	<i>ssd</i>	122
SECUADO	70	<i>stavudine</i>	21
<i>selegiline hcl</i>	66	STELARA	103
<i>selenium sulfide</i>	123	STIVARGA	40
SELZENTRY	21	<i>streptomycin sulfate</i>	17
SEREVENT DISKUS	117	STRIBILD TAB	23
<i>sertraline hcl</i>	64	<i>subvenite</i>	60
<i>sevelamer carbonate</i>	90, 91	<i>sucrafate</i>	95
SHINGRIX	107	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	122
SIGNIFOR	90	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	113
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i> <i>hypertension)</i>	55		
<i>silver sulfadiazine</i>	122		

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

<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>		TAFINLAR.....	40
<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	111	TAGRISSO.....	40
<i>sulfadiazine</i>	17	TALTZ.....	103
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i>		TALZENNA.....	40
<i>400-80 mg/5ml</i>	17	<i>tamoxifen citrate</i>	33
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>		<i>tamsulosin hcl</i>	97
<i>200-40 mg/5ml</i>	17	TASIGNA.....	40
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>tasimelteon</i>	73
<i>400-80 mg</i>	17	<i>tazarotene</i>	123
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>		<i>tazicef</i>	26
<i>800-160 mg</i>	18	TAZORAC	123
SULFAMYLON.....	122	<i>taztia xt</i>	52
<i>sulfasalazine</i>	94	TAZVERIK	40
<i>sulindac</i>	12	TDVAX INJ 2-2 LF.....	107
<i>sumatriptan</i>	74	TECENTRIQ	40
<i>sumatriptan succinate</i>	74	TEFLARO	27
<i>sunitinib malate</i>	40	<i>telmisartan</i>	48
SUNLENCA	21	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	47
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	95	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	47
SYMBICORT AER 160-4.5	121	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	47
SYMBICORT AER 80-4.5.....	121	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	47
SYMDEKO TAB 100-150	119	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i>	
SYMDEKO TAB 50-75MG	119	<i>12.5 mg</i>	47
SYMJEPI.....	119	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
SYMPAZAN	60	<i>12.5 mg</i>	47
SYMTUZA TAB.....	23	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
SYNAREL.....	86	<i>25 mg</i>	47
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	81	<i>temazepam</i>	73
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	81	TENIVAC INJ 5-2LF.....	107
SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	81	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	21
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	81	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>	98
SYNRIBO.....	34	TERIPARATIDE.....	85
SYNTHROID.....	91	<i>testosterone</i>	78
T		<i>testosterone cypionate</i>	78
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>	126	THALOMID	33

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

THEO-24	119
<i>theophylline</i>	119
<i>thioridazine hcl</i>	70
<i>thiothixene</i>	70
<i>tiadylt er</i>	52
<i>tiagabine hcl</i>	60
TIBSOVO.....	40
TICOVAC.....	107
<i>tigecycline</i>	30
TIGECYCLINE.....	30
<i>timolol maleate</i>	51
<i>timolol maleate (ophth)</i>	114
TIVICAY	21
TIVICAY PD	21
<i>tizanidine hcl</i>	76
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	111
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05.....	112
<i>tobramycin</i>	18
<i>tobramycin (ophth)</i>	113
<i>tobramycin sulfate</i>	18
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> 0.3-0.1%	112
<i>tolterodine tartrate</i>	98
<i>topiramate</i>	60
<i>toremifene citrate</i>	33
<i>torse mide</i>	53
TOUJEO MAX SOLOSTAR	84
TOUJEO SOLOSTAR	84
TPN ELECTROL INJ	109
TRADJENTA	81
<i>tramadol hcl</i>	15
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325</i> <i>mg</i>	15
<i>trandolapril</i>	45
<i>tranexamic acid</i>	100
<i>tranylcypro mine sulfate</i>	64
TRAVASOL INJ 10%.....	111
TRAZIMERA	40
<i>trazodone hcl</i>	64
TRECTOR	24
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	116

TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	116
<i>treprostinil</i>	55
TRESIBA	85
TRESIBA FLEXTOUCH.....	85
<i>tretinoin</i>	122
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	34
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	127
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	125
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	53
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	53
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	53
TRICARE TAB PRENATAL	110
<i>trientine hcl</i>	86
<i>trifluoperazine hcl</i>	70
<i>trifluridine</i>	113
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	66
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG	81
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	82
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5- 1000MG	82
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG	81
TRIKAFTA PAK 59.5MG	119
TRIKAFTA PAK 75MG	119
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	119
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	119
<i>trimethoprim</i>	18
<i>trimipramine maleate</i>	64
TRINTELLIX	64
TRIUMEQ PD TAB	23
TRIUMEQ TAB	23
TRIZIVIR TAB	23
TROGARZO.....	21
TROPHAMINE INJ 10%.....	111

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

<i>tropium chloride</i>	98	VANCOMYCIN INJ 750MG	18
TRULICITY.....	82	VAQTA.....	107
TRUMENBA INJ	107	<i>varenicline tartrate</i>	77
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE	41	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &</i> <i>42 x 1 mg start pack</i>	77
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	41	VARIVAX	107
TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE	40	VASCEPA.....	50
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE	40	VELPHORO	91
TRUXIMA.....	41	VELTASSA	86
TUKYSA	41	VEMLIDY	25
TURALIO	41	VENCLEXTA	41
TWINRIX INJ	107	VENCLEXTA TAB START PK.....	41
TYBOST	22	<i>venlafaxine hcl</i>	64
TYPHIM VI.....	107	VENTAVIS	55
TYRVAYA.....	115	VENTOLIN HFA.....	117
U		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	117
<i>unithroid</i>	92	<i>verapamil hcl</i>	52
<i>ursodiol</i>	95	VERQUVO.....	54
V		VERSACLOZ.....	70
<i>valacyclovir hcl</i>	25	VERZENIO.....	41
VALCHLOR	126	V-GO 20 KIT.....	85
<i>valganciclovir hcl</i>	25	V-GO 30 KIT.....	85
<i>valproate sodium</i>	60	V-GO 40 KIT.....	85
<i>valproic acid</i>	60	VICTOZA.....	82
<i>valsartan</i>	48	<i>vigabatrin</i>	61
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>12.5 mg</i>	47	<i>vigadrone</i>	61
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>25 mg</i>	47	VIIBRYD KIT STARTER	64
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>12.5 mg</i>	47	<i>vilazodone hcl</i>	64
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>25 mg</i>	47	VIMPAT	61
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	47	<i>vincristine sulfate</i>	34
VALTOCO 10 MG DOSE	60	<i>vinorelbine tartrate</i>	34
VALTOCO 15 MG DOSE	60	VIRACEPT.....	22
VALTOCO 20 MG DOSE	61	VIREAD	22
VALTOCO 5 MG DOSE	60	VITRAKVI	41
<i>vanadom</i>	76	VIVITROL	77
<i>vancomycin hcl</i>	18	VIZIMPRO	41
VANCOMYCIN INJ 1 GM.....	18	VONJO	41
VANCOMYCIN INJ 500MG	18	<i>voriconazole</i>	19
		VOSEVI TAB	25
		VOTRIENT	41
		VRAYLAR.....	70

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

VRAYLAR CAP 1.5-3MG70
 VYZULTA..... 114

W

warfarin sodium99
*water for irrigation, sterile irrigation
 soln* 126
 WELIREG34

X

XALKORI41
 XARELTO.....99
 XARELTO STAR TAB 15/20MG99
 XATMEP 103
 XCOPRI.....61
 XCOPRI PAK 100-15061
 XCOPRI PAK 12.5-2561
 XCOPRI PAK 150-200MG
 (MAINTENANCE).....61
 XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)
61
 XCOPRI PAK 50-100MG.....61
 XELJANZ 103
 XELJANZ XR 103
 XERMELO95
 XGEVA.....85
 XHANCE..... 120
 XIFAXAN95
 XIGDUO XR TAB 10-1000.....82
 XIGDUO XR TAB 10-500MG82
 XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....82
 XIGDUO XR TAB 5-1000MG82
 XIGDUO XR TAB 5-500MG.....82
 XIIDRA 115
 XOFLUZA25
 XOLAIR..... 120
 XOSPATA41
 XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY42
 XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY41
 XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY41
 XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY41
 XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....42
 XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY42

XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....42
 XTANDI.....33
 XULTOPHY INJ 100/3.685
 XYREM.....76

Y

YF-VAX INJ..... 107
yuvaferm87

Z

zafirlukast 118
zaleplon73
 ZARXIO.....99
 ZEJULA42
 ZELBORAF.....42
 ZEMAIRA..... 120
zenatane 122
 ZENPEP CAP 10000UNT.....96
 ZENPEP CAP 15000UNT.....96
 ZENPEP CAP 20000UNT.....96
 ZENPEP CAP 25000UNT.....96
 ZENPEP CAP 3000UNIT96
 ZENPEP CAP 40000UNT.....96
 ZENPEP CAP 5000UNIT96
 ZERVIAE 114
zidovudine.....22
 ZIEXTENZO99
ziprasidone hcl.....70
ziprasidone mesylate70
 ZIRABEV42
 ZIRGAN 113
zoledronic acid86
 ZOLINZA.....42
zolmitriptan74
zolpidem tartrate73
 ZONISADE61
zonisamide61
 ZTALMY61
 ZYDELIG42
 ZYKADIA.....42
 ZYLET SUS 0.5-0.3%..... 112
 ZYPREXA RELPREVV70

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos en nuestro formulario a fecha 1 de septiembre 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 septiembre 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.

