



ATRIO Bronze Rx (Basin) (PPO)
ATRIO Bronze Rx (Rogue) (PPO)
ATRIO Bronze Rx (Umpqua) (PPO)
ATRIO Silver Rx (PPO)
ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO)
ATRIO Gold Rx (PPO)
ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO)

Formulario 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

**POR FAVOR LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Archivo 21045 del Formulario aprobado del HPMS, versión número 8

Este formulario fue actualizado el 10/05/2020. Para obtener información actualizada o si tiene preguntas, contacte a ATRIO Health Plans llamando al 1-877-672-8620 o para usuarios de TTY, al 1-800-735-2900, todos los días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite el sitio web www.atriohp.com.

Aviso para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (Formulario) se mencione "nosotros" o "nuestro", estos términos hacen referencia a los planes de salud de ATRIO Health Plans. Cuando se mencione "plan" o "nuestro plan", se refiere a ATRIO Bronze Rx (Basin) (PPO), ATRIO Bronze Rx (Rogue) (PPO), ATRIO Bronze Rx (Umpqua) (PPO), ATRIO Silver Rx (PPO), ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO), ATRIO Gold Rx (PPO), y ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está en vigencia desde el 10/05/2020. Contáctenos si desea solicitar un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, así como la fecha en que se actualizó el formulario por última vez, figura en la portada y en la contratapa.

Para tener acceso al beneficio de medicamentos recetados, en general, debe utilizar las farmacias de la red. Los beneficios, formularios, red de farmacias y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1º de enero de 2022, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de ATRIO Health Plans?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por ATRIO Health Plans en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, el cual representa las terapias prescritas que se creen son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. ATRIO Health Plans generalmente cubrirá los medicamentos que se listan en nuestro formulario siempre que el medicamento sea necesario a nivel médico, la receta sea surtida en una farmacia de la red ATRIO Health Plans y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo surtir sus recetas, por favor revise la Evidencia de cobertura.

¿Puede modificarse este Formulario (Lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1º de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, que los movamos a diferentes niveles de costos o agreguemos restricciones nuevas. Debemos acatar las reglas de Medicare cuando realice esos cambios.

Cambios que lo pueden afectar este año: En los casos siguientes, el cambio de cobertura lo afectará durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico que aparecerá por el mismo costo o por un menor costo de medicamento compartido y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones. Si actualmente toma un medicamento de marca, es posible que no le avisemos anticipadamente antes de realizar ese cambio, pero posteriormente le brindaremos la información sobre el cambio específico que hemos realizado.
 - Si realizamos ese cambio, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso también incluiremos información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección con el título “¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?”.
- **Medicamentos sacados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.UU. determina que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y se lo notificaremos a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que pueden afectar a los miembros que actualmente están tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que

actualmente está en el formulario o podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o incluso colocarlo en un nivel de costo compartido diferente. O podemos hacer cambios en función de los nuevos lineamientos clínicos. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, o si agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada para un medicamento (o si pasamos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido), notificaremos el cambio a los miembros por lo menos 30 días antes de la fecha en que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro haga una solicitud para volver a surtir la receta del medicamento (en este último caso, recibirá un suministro del medicamento para 30 días).

- Si realizamos estos otros cambios, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso también incluiremos información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección con el título “¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?”.

No se verá afectado por los cambios si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2020 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2021, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios lo afectarían y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está en vigencia desde el 10/05/2020. Contáctenos para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Nuestra información de contacto figura en la portada y en la contratapa.

ATRIO Health Plans actualizará los formularios mensualmente y brindará un documento que enumere los cambios en el formulario. La lista se publicará en atriohp.com/medicare o puede solicitarla al 1-877-672-8620, todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2900.

¿Cómo utilizo el formulario?

Existen dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Enfermedad

El formulario comienza en la página 1. En este formulario, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedades para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca se enumeran bajo la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque el medicamento dentro de esa categoría.

Lista en orden alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, busque el medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se enumeran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto al nombre del medicamento, verá el número de página en la que podrá encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que se indica en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

ATRIO Health Plans cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por el FDA por tener los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos posean requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA):** ATRIO Health Plans requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación de ATRIO Health Plans antes de poder surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, ATRIO Health Plans podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL):** Para ciertos medicamentos ATRIO Health Plans limita la cantidad de ese medicamento que el plan cubrirá. Por ejemplo, ATRIO Health Plans provee 30 comprimidos por receta para simvastatina. Esto además del suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada (ST):** En algunos casos, ATRIO Health Plans requiere que pruebe utilizar primero ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para dicha enfermedad. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B se utilizan para tratar su enfermedad, ATRIO Health Plans podría no cubrir el Medicamento B a menos que pruebe primero con el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces ATRIO Health Plans cubrirá el Medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte el Formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a determinados medicamentos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, así como la fecha en que se actualizó el formulario por última vez, figura en la portada y en la contratapa.

Puede solicitarle a ATRIO Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o a los límites o solicitar un lista de otros medicamentos similares que pueden utilizarse en el tratamiento de su afección. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción al formulario de ATRIO Health Plans?” en la página iv para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los planes de salud ATRIO pagan por determinados medicamentos de venta libre. ATRIO Health Plans le proporcionarán estos medicamentos de venta libre sin costo. El costo para ATRIO Health Plans de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para sus costos totales de los medicamentos de la Parte D (esto es, el importe que usted paga no se tiene en cuenta para la brecha de cobertura).

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE CUBIERTOS

Nombre del genérico	Nombre de la marca: solo para referencia (ATRIO solo cubre genéricos como OTC)	Presentación
Clorhidrato de cetirizina	(Zyrtec)	Comprimidos masticables, solución, comprimidos
Clorhidrato de cetirizina/pseudoefedrina hidrocloreuro	(Zyrtec-D)	Comprimidos de 12 horas
Clorhidrato de fexofenadina	(Allegra)	Comprimidos de 12 horas, comprimidos de 24 horas, comprimidos de rápida acción, suspensión
Clorhidrato de	(Allegra-D)	Comprimidos de 12 horas,

Nombre del genérico	Nombre de la marca: solo para referencia (ATRIO solo cubre genéricos como OTC)	Presentación
fexofenadina/pseudoefedrina		comprimidos de 24 horas
Ketotifeno fumarato	(Zaditor)	Gotas oftálmicas
Dihidrocloruro de levocetirizina	(Xyzal)	Comprimido
Loratadina	(Claritin)	Solución, comprimidos, comprimidos de rápida acción, comprimidos masticables
Loratadina/clorhidrato de pseudoefedrina	(Claritin-D)	Comprimidos de 12 horas, comprimidos de 24 horas
Clorhidrato de olopatadina	(Pataday)	Gotas oftálmicas

¿Qué sucede si mi medicamento no se encuentra en el formulario?

Si su medicamento no se encuentra en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactarse con el Servicio de atención al cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

En caso de que ATRIO Health Plans no cubra su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de atención al cliente que le envíen una lista de medicamentos similares que cubre ATRIO Health Plans. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar cubierto por ATRIO Health Plans.
- También puede solicitarle a ATRIO Health Plans que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de ATRIO Health Plans?

Puede solicitarle a ATRIO Health Plans que haga una excepción con respecto a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no esté incluido en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá pedirnos que le suministremos el medicamento en un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario en un nivel de costo compartido menor (si este medicamento no está incluido en el nivel de especialidad). Si se aprueba, esto reduciría el importe que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos ATRIO Health Plans limita la cantidad de ese medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos ese límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, ATRIO Health Plans aprobará su solicitud de una excepción únicamente si los medicamentos alternativos figuran en el Formulario del plan, el medicamento de nivel de costo compartido inferior o las restricciones adicionales de uso no son tan efectivas para tratar su enfermedad y/o si le provocan efectos médicos adversos.

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura inicial de formulario o de excepción de restricción de uso. **Cuando solicita una excepción de formulario o de restricción de uso, deberá enviar una declaración de su médico o persona que le prescribe que justifique su solicitud.** Generalmente, tomamos una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la justificación médica. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente afectada si debe esperar por la decisión hasta 72 horas. Si se decide tomar una decisión acelerada, debemos informarle la decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la justificación médica.

¿Qué hago antes de hablar con mi médico sobre el cambio de medicamento o la solicitud de excepción?

Como miembro nuevo o ya existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario, o puede estar tomando un medicamento que esté en nuestro formulario pero su posibilidad de adquirirlo esté limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento que sí cubramos o solicitar una excepción al formulario para poder obtener cobertura para el medicamento. Mientras habla con su médico para determinar qué acción tomar, es posible que cubramos el medicamento en ciertos casos durante sus primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en el formulario o si posee un límite para obtenerlos, cubriremos un suministro provisorio de 30 días (a menos que tenga una receta para un período de tiempo menor) cuando vaya a una farmacia de la red. Luego del primer suministro de 30 días, no cubriremos más estos medicamentos, aún si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención prolongada, y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si posee un límite para obtenerlos y ya han pasado los primeros 90 días desde que se hizo miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días (a menos que posea una receta para un período de tiempo menor) mientras solicita una excepción del formulario.

Si lo admiten o le dan de alta de un centro, cubriremos los “primeros reabastecimientos” de los medicamentos cubiertos anteriormente según sea necesario al momento de la admisión o el alta del centro.

Para más información

Para obtener información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de ATRIO Health Plans, por favor revise la Evidencia de cobertura y otros documentos del plan.

Contáctenos si tiene preguntas sobre ATRIO Health Plans. Nuestra información de contacto, así como la fecha en que se actualizó el formulario por última vez, figura en la portada y en la contratapa.

Si tiene consultas generales sobre la cobertura de medicamentos de Medicare, por favor comuníquese con Medicare en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, visitar <http://www.medicare.gov>.

Formulario de ATRIO Health Plans

El formulario de abajo brinda información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Si tiene inconvenientes para encontrar su medicamento, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúscula (por ejemplo: CRESTOR) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúscula (por ejemplo: rosuvastatina).

Los datos en la columna Requisitos/Límites le informan si ATRIO Health Plans posee algún requerimiento especial para la cobertura del medicamento.

NIVELES DE COSTO COMPARTIDO

Planes para el Condado de Douglas

ATRIO Bronze Rx (Umpqua) (PPO)			ATRIO Silver Rx (PPO)			ATRIO Gold Rx (PPO)		
Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor		
Nivel	Suministr o para 30 días	Suministr o para 90 días	Nivel	Suministr o para 30 días	Suministr o para 90 días	Nivel	Suministr o para 30 días	Suministr o para 90 días
Nivel 1 (Genérico s preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Nivel 1 (Genérico s preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$12	Nivel 1 (Genérico s preferidos)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 2 (Genérico s)	Copago de \$20	Copago de \$40	Nivel 2 (Genérico s)	Copago de \$15	Copago de \$30	Nivel 2 (Genérico s)	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$80	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4 (Medicam ento no preferido)	Copago de \$95	Copago de \$190	Nivel 4 (Medicam ento no preferido)	Copago de \$85	Copago de \$170	Nivel 4 (Medicam ento no preferido)	Copago de \$75	Copago de \$150
Nivel 5 (Nivel de especiali dad)	30% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especiali dad)	29% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especiali dad)	33% del costo	No disponible
Nivel 6 (Medicam entos selecciona dos)	\$0	\$0	Nivel 6 (Medicam entos selecciona dos)	\$0	\$0	Nivel 6 (Medicam entos selecciona dos)	\$0	\$0

Planes para el Condado de Klamath

ATRIO Bronze Rx (Basin) (PPO)			ATRIO Silver Rx (PPO)			ATRIO Gold Rx (PPO)		
Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor		
Nivel	Suministr o para 30 días	Suministr o para 90 días	Nivel	Suministr o para 30 días	Suministr o para 90 días	Nivel	Suministr o para 30 días	Suministr o para 90 días
Nivel 1 (Genérico s preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Nivel 1 (Genérico s preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$12	Nivel 1 (Genérico s preferidos)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 2 (Genérico s)	Copago de \$20	Copago de \$40	Nivel 2 (Genérico s)	Copago de \$15	Copago de \$30	Nivel 2 (Genérico s)	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$80	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4	Copago	Copago	Nivel 4	Copago	Copago	Nivel 4	Copago	Copago

ATRIO Bronze Rx (Basin) (PPO)			ATRIO Silver Rx (PPO)			ATRIO Gold Rx (PPO)		
(Medicamento no preferido)	de \$95	de \$190	(Medicamento no preferido)	de \$85	de \$170	(Medicamento no preferido)	de \$75	de \$150
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	28% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	29% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	No disponible
Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0	Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0	Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0

Planes para el Condado de Jackson

ATRIO Bronze Rx (Rogue) (PPO)			ATRIO Silver Rx (PPO)		
Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$12
Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$30
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$80
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$95	Copago de \$190	Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$85	Copago de \$170
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	28% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	29% del costo	No disponible
Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0	Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0

Planes para el Condado de Josephine

ATRIO Bronze Rx (Rogue) (PPO)			ATRIO Silver Rx (PPO)		
Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$12
Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$30
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$45	Copago de \$90	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$80
Nivel 4	Copago de \$95	Copago de \$190	Nivel 4	Copago de \$85	Copago de \$170

ATRIO Bronze Rx (Rogue) (PPO)			ATRIO Silver Rx (PPO)		
(Medicamento no preferido)			(Medicamento no preferido)		
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	28% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	29% del costo	No disponible
Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$ 0	Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$ 0

Planes para el condado de Marion y Polk

ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO)			ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO)		
Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$12	Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$30	Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$80	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$85	Copago de \$170	Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$75	Copago de \$150
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	29% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	No disponible
Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$ 0	Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$ 0

Las siguientes abreviaturas de las Restricciones en la Administración de Uso pueden encontrarse en el cuerpo de este documento.

ABREVIATURAS DE COMENTARIOS DE COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) debe solicitar autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la aprobación, es posible que ATRIO Health Plans no cubra este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la Determinación de la Parte D vs Parte B	Este medicamento puede ser elegible para pago dentro de Medicare Parte B o Parte D. Usted (o su médico) debe solicitar autorización previa de ATRIO Health Plans para determinar si este medicamento está cubierto por Medicare Parte D antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la aprobación, es posible que ATRIO Health Plans no cubra este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para Nuevas tomas solamente	Si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento previamente, usted (o su médico) debe obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta por este medicamento. Sin la aprobación, es posible que ATRIO Health Plans no cubra este medicamento.
QL	Restricción de Límite de Cantidad	ATRIO Health Plans limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta, o dentro de un plazo de tiempo específico.
ST	Restricción de terapia escalonada	Antes que ATRIO Health Plans le brinde cobertura por este medicamento, debe primero probar otro(s) medicamento(s) para tratar su afección médica. Este medicamento puede estar únicamente cubierto si otro(s) medicamento(s) no funcionan en su caso.

OTROS REQUISITOS ESPECIALES PARA LA COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamento de Acceso Limitado	Esta receta puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Servicio de atención al cliente al 1-877-672-8620, todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2900.
NDS	Días de suministro no extendido	Este medicamento no está disponible para un suministro de 90 días.
NM	Sin pedido por correo	Este medicamento no está disponible en farmacias para pedidos por correo

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	20
Agentes Antiansiedad	22
Agentes Antidemencia	24
Agentes Antidiabetico	24
Agentes Antigota	30
Agentes Antimigraña	30
Agentes Antinausea	32
Agentes Antiparasitarios	34
Agentes Antiparkinson	35
Agentes Antipsicóticos	37
Agentes Calóricos	43
Agentes Cardiovasculares	47
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	62
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	63
Agentes De Trastorno De Sueño	65
Agentes Del Sistema Nervioso Central	65
Agentes Del Tracto Respiratorio	71
Agentes Dentales Y Orales	76
Agentes Dermatológicos	77
Agentes Gastrointestinales	83
Agentes Genitourinarios	87
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	89
Agentes Inmunológicos	98
Agentes Oftálmicos	110
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	112
Agentes Terapeuticos Misceláneos	117
Agentes Vasodilatadores	120
Analgésicos	121
Anestésicos	128
Antagonistas De Metales Pesados	129
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	130
Antibacterianos	130
Anticonceptivos	140
Anticonvulsivos	148
Antidepresivos	154

Antifúngicos.....	157
Antihistamínicos.....	159
Antimicobacteriales.....	160
Antivirales (Sitémico).....	161
Dispositivos.....	168
Preparaciones De Reemplazo.....	169
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	171
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	176
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	178
Soluciones Irrigantes.....	178
Vitaminas Y Minerales.....	178

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	NM; NDS
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>adriamycin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	5	NM; NDS
ALIQOPA INTRAVENOUS RECON SOLN 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i> (Trisenox) 2 mg/ml	5	NM; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100</i> (Vidaza) mg	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
BESPONSА INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (420 per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bleomycin injection recon soln 15</i> <i>unit, 30 unit</i>	2	
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG	5	PA NSO; NM; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Paraplatin)	2	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>clofarabine intravenous solution 20 mg/20 ml</i> (Clolar)	5	NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	2	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NM; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml, 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i> (Taxotere)	5	NM; NDS
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i> (Adriamycin)	2	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	5	PA BvD; NM; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20</i> (Toposar) <i>mg/ml</i>	2	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	4	
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5</i> <i>gram</i>	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1</i> <i>gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500</i> <i>mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	2	
<i>fulvestrant intramuscular syringe</i> (Faslodex) <i>250 mg/5 ml</i>	5	NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	2	
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	5	NM; NDS
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)</i>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)</i>	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)</i>	2	PA NSO; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 365 days)
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
INFUGEM INTRAVENOUS PIGGYBACK 1,200 MG/120 ML (10 MG/ML), 1,300 MG/130 ML (10 MG/ML), 1,400 MG/140 ML (10 MG/ML), 1,500 MG/150 ML (10 MG/ML), 1,600 MG/160 ML (10 MG/ML), 1,700 MG/170 ML (10 MG/ML), 1,800 MG/180 ML (10 MG/ML), 1,900 MG/190 ML (10 MG/ML), 2,000 MG/200 ML (10 MG/ML), 2,200 MG/220 ML (10 MG/ML)	5	NM; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	2	
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG	5	NM; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	5	NM; NDS
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (7 per 21 days)
LONSURF ORAL TABLET 15- 6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20- 8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMOXITI INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
MARQIBO INTRAVENOUS KIT 5 MG/31 ML(0.16 MG/ML) FINAL	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>melphalan hcl intravenous recon soln (Alkeran (as HCl)) 50 mg</i>	5	NM; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC)	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ONIVYDE INTRAVENOUS DISPERSION 4.3 MG/ML	5	NM; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	2	PA BvD
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 21 days)
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 21 days)
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT	5	NM; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG	5	PA NSO; NM; NDS
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 %	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>temsirolimus intravenous recon soln (Torisel) 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first)</i>	5	PA BvD; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i> (Tepadina)	5	NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>topotecan intravenous recon soln 4 mg</i> (Hycamtin)	5	NM; NDS
<i>topotecan intravenous solution 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION 3.5 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i> (Valstar)	5	NM; NDS
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	3	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS)	2	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> (Navelbine)	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60 MG/WEEK (20 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG	4	QL (1 per 84 days)
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG	4	QL (1 per 28 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet</i> 2 mg, 8 mg	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film</i> 12-3 mg, 8-2 mg (Suboxone)	4	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film</i> 2-0.5 mg, 4-1 mg (Suboxone)	4	QL (30 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet</i> 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr</i> 150 mg	2	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG	3	QL (336 per 365 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	3	QL (336 per 365 days)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42)	3	
<i>disulfiram oral tablet</i> 250 mg, 500 mg (Antabuse)	2	
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	5	NM; NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution</i> 0.4 mg/ml	2	
<i>naloxone injection syringe</i> 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	2	
<i>naltrexone oral tablet</i> 50 mg	2	
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (1008 per 90 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 30 days)
Agentes Antiansiedad		
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i> (Xanax XR)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i> (Tranxene T-Tab)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc 5 mg/ml</i>	4	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i> (Diazepam Intensol)	4	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	4	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent 2 mg/ml</i> (Lorazepam Intensol)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	2	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	4	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	4	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> (Razadyne ER)	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	4	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Razadyne)	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	4	PA; QL (360 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	2	PA; QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hr, 9.5 mg/24 hr</i> (Exelon)	4	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	4	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> (Glucophage)	6	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i> (Glucophage)	6	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i> (Glucophage)	6	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Glucophage XR)	6	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> (Glucophage XR)	6	QL (60 per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Glyset)	4	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i> (Starlix)	2	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML)	3	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i> (Prandin)	6	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> (Prandin)	6	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	4	QL (150 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	3	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10- 1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5- 1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (24 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	6	QL (30 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	6	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Amaryl)	6	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> (Amaryl)	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i> (Glucotrol)	6	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i> (Glucotrol)	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> (Glucotrol XL)	6	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	6	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide-metformin oral tablet</i> 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet</i> 500-0.5 mg	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution</i> (D.H.E.45) 1 mg/ml	5	NM; NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 28 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i> (Amerge)	4	QL (9 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i> (Imitrex)	4	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	4	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	4	PA; QL (1 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	4	QL (6 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig ZMT)	4	QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	4	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	4	QL (36 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	4	QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	4	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine Less Drowsy)	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	4	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	4	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i> (Zofran)	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>phenadoz rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	4	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Phenergan)	4	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethazine rectal suppository</i> (Promethegan) 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	4	
<i>promethegan rectal suppository</i> 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	4	
<i>scopolamine base transdermal patch</i> (Transderm-Scop) 3 day 1 mg over 3 days	2	QL (10 per 30 days)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet</i> 200 mg (Albenza)	5	NM; NDS
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML	5	NM; NDS
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension</i> 750 mg/5 ml (Mepron)	5	NM; NDS
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i> 250-100 mg (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i> 62.5-25 mg (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i> 250 mg	2	QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i> 500 mg	2	QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 200 mg (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet</i> 3 mg (Stromectol)	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	4	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i> (Cogentin)	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 50) tablet 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 75) tablet 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 100) tablet 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 125) tablet 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 150) tablet 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 200) tablet 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg (Comtan)</i>	2	
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 68.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	3	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> (Mirapex)	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Requip)	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 6 mg</i> (Requip XL)	4	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	4	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	4	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	4	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i> (Clozaril)	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i> (Clozaril)	2	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml (1ml)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol lactate injection solution (Haldol) 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML	5	NM; NDS; QL (0.875 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.315 ML	5	NM; NDS; QL (1.315 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.625 ML	5	NM; NDS; QL (2.625 per 84 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	3	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln (Zyprexa) 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating (Zyprexa Zydis) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg</i> (Invega)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	4	QL (60 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 9 mg</i> (Invega)	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	4	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTEND REL SYR KIT 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	4	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg</i> (Seroquel XR)	4	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (4 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	NM; NDS; QL (4 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA BvD
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	4	PA BvD
AMINOSYN 8.5 %- ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	4	PA BvD
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	4	PA BvD
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA BvD
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	4	PA BvD
AMINOSYN II 8.5 %- ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	4	PA BvD
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3.5 %	4	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA BvD
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA BvD
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.2 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	2	
FREAMINE HBC 6.9 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6.9 %	4	PA BvD
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	4	PA BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 3.31-9.8-3.9 %	4	PA BvD
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 2.36-6.8-3.5 %	4	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> (Catapres)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly</i> (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly</i> (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly</i> (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr	4	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	4	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>phenylephrine hcl injection solution</i> (Vazculep) 10 mg/ml	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	2	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	4	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i> (Norpace) 100 mg, 150 mg	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	4	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe</i> 100 mg/5 ml (2%), 50 mg/5 ml (1%)	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	4	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	4	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	2	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	2	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg</i>	2	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg</i> (Lopressor HCT)	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i> (Lopressor)	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous syringe 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard)	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	4	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Sorine)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Verelan)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i> (Verelan)	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Calan SR)	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>epinephrine injection auto-injector</i> (Auvi-Q) 0.3 mg/0.3 ml	2	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine injection solution</i> 20 mg/ml	2	
<i>hydralazine oral tablet</i> 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe</i> 30 mg/3 ml (Firazyr)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule</i> 250 mg (Demser)	5	NM; NDS
<i>milrinone intravenous solution</i> 1 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release</i> 12 hr 1,000 mg, 500 mg (Ranexa)	4	
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	QL (4 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan oral tablet</i> 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg (Atacand)	4	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet</i> 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg (Atacand HCT)	4	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	
<i>eprosartan oral tablet</i> 600 mg	4	
<i>irbesartan oral tablet</i> 150 mg, 300 mg, 75 mg (Avapro)	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	4	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i> (Twynsta)	4	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	4	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Lotrel)	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> 2.5-10 mg	6	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	2	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet</i> 10- (Exforge) 160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	6	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid oral tablet</i> 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg (Exforge HCT)	4	
<i>felodipine oral tablet extended release</i> 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
<i>isradipine oral capsule</i> 2.5 mg, 5 mg	4	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule</i> 20 mg, 30 mg	4	
<i>nifedipine oral capsule</i> 10 mg (Procardia)	4	
<i>nifedipine oral capsule</i> 20 mg	4	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg (Adalat CC)	2	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg (Caduet)	4	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	4	
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	6	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cholestyramine light oral powder 4 gram</i>	2	
<i>cholestyramine light packet 4 gram</i>	2	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	2	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	4	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 43 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(drlec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	4	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i> (Lescol)	4	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (45 per 30 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i> (Niaspan Extended-Release)	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Niaspan Extended-Release)	2	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	4	PA; QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Pravachol)	6	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	4	PA; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	4	PA; QL (3 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	4	PA; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Zocor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	3	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM	3	QL (120 per 30 days)
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM	2	
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	4	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorothiazide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (Diuril IV)	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i> (Aldactazide)	2	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i> (Dyazide)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	2	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	4	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	
EPANED ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	ST
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	2	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Prinivil)	6	
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	ST; NM; NDS
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	2	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	4	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	4	ST
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	4	
Vasodilatadores		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet extended release 40 mg</i> (ISOCHRON)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (Minitran)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i> (Entocort EC)	4	
<i>colocort rectal enema 100 mg/60 ml</i>	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	4	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i> (Asacol HD)	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	5	NM; NDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	2	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	4	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/lactuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	4	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol intravenous solution 4 mcg/2 ml</i> (Hectorol)	2	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	4	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	5	PA; NM; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE - 600 MCG/2.4 ML	3	PA; QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	4	QL (3 per 84 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i> (Boniva)	4	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	2	QL (1 per 28 days)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML	5	NM; NDS
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg</i>	2	
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	2	
<i>paricalcitol hemodialysis port injection solution 2 mcg/ml</i>	4	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	ST; QL (1 per 180 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	4	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	4	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i> (Actonel)	4	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	4	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	PA; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	4	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	4	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	4	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	4	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet, ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release</i> 12 hr 0.1 mg (Kapvay)	4	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release</i> 12 hr 10 mg (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release</i> 10 mg, 15 mg, 5 mg (Dexedrine Spansule)	4	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Zenedi)	4	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release</i> 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg (Adderall XR)	4	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i> 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i> 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution</i> 0.1 mg/ml	2	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe</i> 20 mg/ml (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe</i> 40 mg/ml (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe</i> 20 mg/ml	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe</i> 40 mg/ml	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i> 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Intuniv ER)	2	
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5	PA NSO; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/1.2 ML	5	PA; NM; NDS; QL (6 per 365 days)
<i>lithium carbonate oral capsule</i> 150 mg, 300 mg, 600 mg	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> (Lithobid) <i>extended release 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> <i>extended release 450 mg</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>metadate er oral tablet extended</i> <i>release 20 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er</i> <i>biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg,</i> <i>50 mg, 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er</i> <i>biphasic 30-70 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er</i> (Ritalin LA) <i>biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er</i> (Ritalin LA) <i>biphasic 50-50 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er</i> <i>biphasic 50-50 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	4	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	4	QL (60 per 30 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
RADICAVA INTRAVENOUS PIGGYBACK 30 MG/100 ML	5	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (6 per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (6 per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	5	PA; NM; NDS
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	5	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG (14)- 240 MG (46)	5	PA; NM; NDS
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 240 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23- 0.46-0.92 MG	5	PA; NM; NDS
ZEPOSIA STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3)	5	PA; NM; NDS
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) <i>200 mg/ml (20 %)</i>	2	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml</i> <i>(10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for</i> <i>nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	3	QL (28 per 28 days)
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	3	QL (30 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,L/F,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NM; NDS
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD
FLOVENT 100 MCG DISKUS 100 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
FLOVENT 250 MCG DISKUS 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 28 days)
Antileucotrinos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	4	
Broncodilatadores		
<i>albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (ProAir HFA)	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	2	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	QL (25.8 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i>	4	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg (2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evovac)	4	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	2	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i> (Oralene) 0.1 %	2	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream</i> 1 %	1	
<i>ala-scalp topical lotion</i> 2 %	4	
<i>alclometasone topical cream</i> 0.05 %	2	
<i>alclometasone topical ointment</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone valerate topical cream</i> 0.1 %	2	
<i>betamethasone valerate topical foam</i> (Luxiq) 0.12 %	4	
<i>betamethasone valerate topical lotion</i> 0.1 %	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment</i> 0.1 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i> 0.05 % (Diprolene)	2	
<i>clobetasol scalp solution</i> 0.05 %	2	
<i>clobetasol topical cream</i> 0.05 % (Temovate)	2	
<i>clobetasol topical foam</i> 0.05 % (Olux)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	4	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	4	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	4	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	4	
<i>cormax scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i> (DesOwen)	4	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i> (DesOwen)	4	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	4	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %</i> (Topicort)	4	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (Topicort)	4	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort)	4	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	4	QL (60 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-e topical cream 0.05 %</i>	4	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i> (Cutivate)	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid)	4	QL (118 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	4	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	4	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %</i>	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> (Protopic)	4	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	2	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i> (Soriatane)	2	
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> (Geri-Hydrolac)	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Geri-Hydrolac)	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	4	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
DENAVIR TOPICAL CREAM 1 %	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> (Aldara)	2	QL (24 per 30 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i> (Oxsoralen Ultra)	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS
PICATO TOPICAL GEL 0.015 %	3	QL (3 per 56 days)
PICATO TOPICAL GEL 0.05 %	3	QL (2 per 56 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
TOLAK TOPICAL CREAM 4 %	4	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NM; NDS
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 %	5	NM; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Evoclin)	4	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (Neuac)	4	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i> (Benzaclin)	4	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	4	QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin)	4	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	4	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	4	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	4	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	4	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	4	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	4	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	4	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	4	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	4	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine))	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
DEXILANT ORAL CAPSULE,BIPHASE DELAYED RELEAS 30 MG, 60 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	2	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(drlec) 15 mg</i> (Heartburn Treatment 24 Hour)	4	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	4	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ranitidine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2 ml (25 mg/ml)</i>	2	
<i>ranitidine hcl oral syrup 15 mg/ml</i>	4	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	3	QL (60 per 30 days)
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG	5	NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	4	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i> 2.5-0.025 mg/5 ml	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i> (Lomotil) 2.5-0.025 mg	4	
<i>enulose oral solution</i> 10 gram/15 ml	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution</i> 10 gram/15 ml	2	
<i>glycopyrrolate injection solution</i> 0.2 mg/ml	4	
<i>glycopyrrolate oral tablet</i> 1 mg, 2 mg	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral</i> <i>suspension</i> 15-19.3 gram/60 ml	2	
<i>lactulose oral solution</i> 10 gram/15 ml (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	QL (90 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule</i> 2 mg (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>methscopolamine oral tablet</i> 2.5 mg, 5 mg	4	
<i>metoclopramide hcl injection</i> <i>solution</i> 5 mg/ml	2	
<i>metoclopramide hcl injection syringe</i> 5 mg/ml	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i> 5 mg/5 ml	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i> 10 (Reglan) mg, 5 mg	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>propantheline oral tablet 15 mg</i>	4	
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NM; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	NM; NDS
<i>sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml</i>	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	4	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> (Actigall)	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Fosrenol)	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	5	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	4	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i> (Renagel)	2	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72- 6.72 -5.84 gram</i>	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74- 6.74 -5.86 gram</i>	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13- 1.6 GRAM	3	
<i>trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram</i>	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	4	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG	5	PA; NM; NDS
THIOLA ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg</i> (Ditropan XL)	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG	3	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	4	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Tapazole)	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NM; NDS
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i> (Oxandrin)	5	NM; NDS
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i> (Oxandrin)	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i> (Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i> (AndroGel)	2	PA; QL (150 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	2	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01% (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG- 5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3- 1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>	2	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	2	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i> (Decadron)	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 30 MG, 36 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	
<i>methylprednisolone acetate injection (Depo-Medrol) suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose (Medrol (Pak)) pack 4 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ (Solu-Medrol) intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln alf, dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	
Pituitario		
BYNFEZIA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,500 MCG/ML	5	NM; NDS
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	4	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	5	PA; NM; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	5	PA; NM; NDS
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT)	5	PA; NM; NDS
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG	5	PA; NM; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	5	NM; NDS
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG	3	QL (30 per 30 days)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG	3	QL (30 per 30 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection syringe</i> <i>100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	2	
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	4	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.)	5	PA; NM; NDS
SAIZEN SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG, 8.8 MG	5	PA; NM; NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG	5	NM; NDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
STIMATE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 150 MCG/SPRAY (0.1 ML)	3	
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	5	NM; NDS; QL (1 per 360 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	5	NM; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 168 days)
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA; NM; NDS
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG	4	PA
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	5	PA; NM; NDS
Progestinas		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	4	QL (10 per 28 days)
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i> (Makena) <i>intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> (Provera) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10</i> <i>ml (40 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5</i> (Aygestin) <i>mg</i>	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50</i> <i>mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral</i> (Prometrium) <i>capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) <i>100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	2	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg</i>	4	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	4	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HYPERRAB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 300 UNIT/ML	4	
HYPERRAB S/D (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	4	
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMOGAM RABIES-HT (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	4	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
KEDRAB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	4	
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
RENFLIXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NM; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG	5	PA; NM; NDS
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	4	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; NM; LA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	5	PA BvD; NM; NDS
Vacunas		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	PA BvD
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	6	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML	6	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	6	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF- MCG-LF/0.5ML	6	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML	6	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	6	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	6	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	6	
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 19,400 UNIT/0.65 ML	6	QL (1 per 365 days)
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	4	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.15 %</i>	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 %	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> (Trusopt) 2 %	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i> 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.005 % (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg	4	
<i>metipranolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 %	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops</i> 1 %, 2 %, 4 % (Isopto Carpine)	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i> 0.25 %, 0.5 % (Timoptic)	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i> 0.25 %, 0.5 % (Timoptic-XE)	4	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.004 % (Travatan Z)	4	QL (2.5 per 25 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 %	4	ST; QL (2.5 per 25 days)
ZIOPTAN (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.0015 %	4	QL (30 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<i>acetic acid-aluminum acetate otic (ear) drops 2 %</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) (Baciguent) ointment 500 unit/gram</i>	4	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (Polycin) (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 %	3	ST
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) (Ciloxan) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (Ciprodex) (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops (Zymaxid) 0.5 %</i>	4	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	4	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	4	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops</i> (Ocuflox) 0.3 %	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> (Polytrim) <i>ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic</i> (Bleph-10) <i>(eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic</i> <i>(eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> <i>ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops</i> (Tobrex) 0.3 %	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> (TobraDex) <i>ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	3	ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %	4	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.1 %</i>	2	
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear)</i> (DermOtic Oil) <i>drops 0.01 %</i>	4	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML Liquifilm) <i>drops,suspension 0.1 %</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic</i> <i>(eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal</i> (24 Hour Allergy <i>spray,suspension 50 mcg/lactuation</i> Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> (Acular) 0.5 %	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 %	3	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) <i>(eye) drops,suspension 0.5 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> (Nasonex) 50 mcg/actuation	2	QL (34 per 28 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i> (Pred Forte) (eye) drops,suspension 1 %	4	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> <i>ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	3	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaïne ophthalmic (eye) drops 0.5</i> %	2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1</i> (Isopto Atropine) %	4	
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137</i> <i>mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol</i> <i>0.15 % (205.5 mcg)</i>	4	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops</i> <i>0.05 %</i>	2	
BEPREVE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.5 %	4	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4</i> %	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye)</i> (Cyclogyl) <i>drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	5	NM; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	NM; NDS
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops</i> 0.05 %	2	
<i>ipratropium bromide nasal</i> <i>spray, non-aerosol</i> 0.03 %	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal</i> <i>spray, non-aerosol</i> 42 mcg (0.06 %)	2	QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol</i> (Patanase) 0.6 %	4	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Pataday) 0.1 %	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Pataday) 0.2 %	4	
<i>proparacaine ophthalmic (eye)</i> (Alcaine) <i>drops</i> 0.5 %	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NM; NDS
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NM; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/1.7 ML	5	NM; NDS
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5 MG/0.1 ML 0.5 MG/0.1 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1PK 0.5 MG/0.1 ML SYR 0.5 MG/0.1 ML	3	
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> (Vistaril) 25 mg, 50 mg	2	
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	2	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	5	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (Mestinon Timespan)	4	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NM; NDS; QL (24 per 14 days)
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg</i> (Flolan)	2	PA
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 1.5 mg</i> (Flolan)	5	PA; NM; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
CALDOLOR INTRAVENOUS RECON SOLN 800 MG/8 ML (100 MG/ML)	4	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i> (Celebrex)	4	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> (Voltaren-XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Voltaren)	2	
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i> (Solaraze)	4	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	4	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	4	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
DUEXIS ORAL TABLET 800-26.6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	4	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>fenopropfen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	4	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	4	
<i>ketorolac injection cartridge 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ketorolac injection cartridge 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular cartridge 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> (Mobic)	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Relafen)	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i> (Vimovo)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN METERED-DOSE PUMP 20 MG/GRAM /ACTUATION(2 %)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	4	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg</i>	4	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution (Buprenex) 0.3 mg/ml</i>	2	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	2	
<i>buprenorphine transdermal patch (Butrans) weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	2	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital compound w/codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral (Fioricet with Codeine) capsule 50-300-40-30 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet (Tencon) 50-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral (Zebutal) capsule 50-325-40 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral (Esgic) tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral (Fiorinal) capsule 50-325-40 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	2	NDS; QL (5 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> (Actiq)	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i> (Duragesic)	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg</i> (Vicodin HP)	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Lorcet HD)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg</i>	4	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i> (Lorcet (hydrocodone))	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-300 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Norco)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg</i> (Ibudone)	4	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 5-200 mg</i>	4	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lorcet (hydrocodone) oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>lorcet hd oral tablet 10-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lorcet plus oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i> (Dolophine)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i> (Dolophine)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (700 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	2	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i> (Ultram)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i> (Ultracet)	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>vicodin hp oral tablet 10-300 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	3	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4%)</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous solution 20 mg/ml (2%)</i> (Xylocaine (Cardiac) (PF))	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1%), 20 mg/ml (2%), 5 mg/ml (0.5%)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2%</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4% (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5%</i> (Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5%</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2%</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5%</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8%	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>clovique oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i> (Desferal)	2	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i> (Cuprimine)	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Clovique)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Metrogel Vaginal)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml, 80 mg/8 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	4	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	4	
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
CLINDAMYCIN 600 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE- USE,L/F 600 MG/50 ML	2	
<i>clindamycin 75 mg/5 ml soln 75 mg/5 ml</i> (Clindamycin Pediatric)	4	
CLINDAMYCIN 900 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE- USE,L/F 900 MG/50 ML	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 600 MG/50 ML, 900 MG/50 ML	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin)	5	NM; NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	4	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Flagyl)	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i> (Macrochantin)	4	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	4	QL (40 per 30 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	4	QL (80 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> (Invanz)	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> (Merrem)	4	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	4	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	4	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Suprax)	4	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	4	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Fortaz)	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i> (Tazicef)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Keflex)	1	
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i> (Keflex)	4	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	4	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	4	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ampicillin-sulbactam injection recon (Unasyn) soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	NM; NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	4	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin gk 5 million unit p/f, latex- (Pfizerpen-G) free 5 million unit</i>	4	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i>	4	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	2	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	4	
Quinolonas		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	4	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	4	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 200 mg, 50 mg</i> (Doryx)	4	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i> (Mondoxyne NL)	4	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> (Vibramycin)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>mondoxyne nl oral capsule 75 mg</i>	4	
<i>okebo oral capsule 75 mg</i>	4	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 (Tygacil) mg</i>	5	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>amethia lo oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>bekyree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Apri)	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Jasmiel (28))	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	4	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6) 75-40 (5) 125-30(10)</i>	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1-50)	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	4	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24) 75 mg (4)</i>	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21) 75 mg (7)</i>	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21) 75 mg (7)</i>	2	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>kelnor 1-50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>l norgest/le.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia Lo)	2	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/le.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia)	2	QL (91 per 84 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Introvale)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri Femynor)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>ogestrel (28) oral tablet 0.5-50 mg-mcg</i>	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>pimtreea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg, 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)	4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-estarylla oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	2	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) 11mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	2	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	
<i>tri-vylibra oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	4	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	5	NM; NDS
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	NM; NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	4	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epilex)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	4	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	4	PA NSO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	4	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
GRALISE 30-DAY STARTER PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG (9)- 600 MG (69)	4	ST
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG, 600 MG	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	4	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)- 50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	4	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	4	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	4	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	4	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	5	NM; NDS
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	4	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	4	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	4	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Gabitril)	4	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	3	QL (200 per 5 days)
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (1200 per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1)	4	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	4	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	4	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	4	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML	4	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	NM; NDS
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i> (Cancidas)	5	NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77%</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77%</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1%</i> (Loprox)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	4	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	4	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	PA BvD
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Diflucan)	4	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Diflucan)	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	5	NM; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i> (Nizoral)	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML	5	NM; NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	5	NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	4	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	4	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	2	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	2	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	2	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	4	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
Antimicrobianos		
Antimicrobianos		
CAPASTAT INJECTION RECON SOLN 1 GRAM	4	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i> (Rifadin)	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	4	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	2	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	5	NM; NDS
APTIVUS (WITH VITAMIN E) ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	NM; NDS
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	5	NM; NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	5	NM; NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NM; NDS
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 200- 25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release (drltec) 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50- 300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i> (Sustiva)	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i> (Sustiva)	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Sustiva)	2	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	4	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300- 150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150- 150-200-10 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	4	QL (300 per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	4	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir HBV)	4	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i> (Viramune)	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i> (Viramune)	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> (Viramune XR)	4	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	4	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	5	NM; NDS
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC ORAL RECON SOLN 10 MG/ML (FINAL)	4	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i> (Harvoni)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i> (Epclusa)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG	5	PA; NM; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	4	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NM; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	5	PA NSO; NM; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML	5	PA NSO; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	5	NM; NDS
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (Cytovene)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribasphere oral tablet 600 mg</i>	5	NM; NDS
<i>ribasphere ribapak oral tablets, dose pack 600 mg (7)- 400 mg (7), 600 mg (7)- 600 mg (7)</i>	5	NM; NDS
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	4	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
Dispositivos		
Dispositivos		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Ultilet Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Advocate Syringes) U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Lite Touch Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Pentips)	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	PA BvD
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	2	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection solution 4 meq/ml (50 %)</i>	2	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	2	PA BvD
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	4	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i> (K-Tab)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG, 100 MG	4	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution (Cyklokapron) 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg (Lysteda)</i>	2	QL (30 per 30 days)
Anticoagulantes		
BEVYXXA ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	4	QL (43 per 42 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS, DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution (Lovenox) 300 mg/3 ml</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml (Lovenox)</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml (Lovenox)</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml (Lovenox)</i>	2	QL (36 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5	NM; NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	2	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	2	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	
<i>heparin (porcine) injection syringe</i> 5,000 unit/ml	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution</i> 1,000 unit/ml	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe</i> 5,000 unit/0.5 ml	2	
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er</i> (Aggrenox) <i>multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	4	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NM; NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (7 per 7 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	5	PA; NM; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (6 per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	NM; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NM; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NM; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	5	NM; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
KUVAN ORAL TABLET,SOLUBLE 100 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>sappterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Kuvan)	5	NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

Nombre del Medicamento	Tipo de Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	3	
Relajantes Musculares		
Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	5	NM; NDS
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i> (Robaxin-750)	2	
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
Soluciones Irrigantes		
Soluciones Irrigantes		
LACTATED RINGERS IRRIGATION SOLUTION	4	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
SE-NATAL-19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG	3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2021

Identificación del Formulario: 21045.000

ÍNDICE

<i>abacavir</i>	161	<i>a-hydrocort</i>	91	<i>ambrisentan</i>	120
<i>abacavir-lamivudine</i>	161	AIMOVIG		<i>amethia</i>	140
<i>abacavir-lamivudine-</i>		AUTOINJECTOR.....	30	<i>amethia lo</i>	140
<i>zidovudine</i>	161	AJOVY AUTOINJECTOR....	30	<i>amiloride</i>	58
ABELCET.....	157	AJOVY SYRINGE.....	30	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	58
ABILIFY MAINTENA....	37, 38	AKYNZEO		AMINOSYN 10 %.....	43
ABRAXANE.....	3	(FOSNETUPITANT).....	32	AMINOSYN 7 % WITH	
<i>acamprosate</i>	20	AKYNZEO		ELECTROLYTES.....	44
<i>acarbose</i>	24	(NETUPITANT).....	32	AMINOSYN 8.5 %.....	44
<i>acebutolol</i>	49	<i>ala-cort</i>	77	AMINOSYN 8.5 %-	
<i>acetaminophen-codeine</i>	124	<i>ala-scalp</i>	77	ELECTROLYTES.....	44
<i>acetazolamide</i>	110	<i>albendazole</i>	34	AMINOSYN II 10 %.....	44
<i>acetazolamide sodium</i>	110	<i>albuterol sulfate</i>	74, 75	AMINOSYN II 15 %.....	44
<i>acetic acid</i>	112	<i>alcaine</i>	116	AMINOSYN II 7 %.....	44
<i>acetic acid-aluminum acetate</i> ..	112	<i>alclometasone</i>	77	AMINOSYN II 8.5 %.....	44
<i>acetylcysteine</i>	71	ALCOHOL PADS.....	80	AMINOSYN II 8.5 %-	
<i>acitretin</i>	80	ALDURAZYME.....	176	ELECTROLYTES.....	44
ACTEMRA.....	98	ALECENSA.....	3	AMINOSYN M 3.5 %.....	44
ACTEMRA ACTPEN.....	98	<i>alendronate</i>	63	AMINOSYN-HBC 7%.....	45
ACTHAR.....	117	<i>alfuzosin</i>	87	AMINOSYN-PF 10 %.....	45
ACTHIB (PF).....	105	ALIMTA.....	3	AMINOSYN-PF 7 %	
ACTIMMUNE.....	117	ALINIA.....	34	(SULFITE-FREE).....	45
<i>acyclovir</i>	80, 167, 168	ALIQOPA.....	3	AMINOSYN-RF 5.2 %.....	45
<i>acyclovir sodium</i>	168	<i>aliskiren</i>	61	<i>amiodarone</i>	48
ADACEL(TDAP		<i>allopurinol</i>	30	AMITIZA.....	84
ADOLESN/ADULT)(PF)....	105	<i>alosetron</i>	62	<i>amitriptyline</i>	154
ADAKVEO.....	171	ALPHAGAN P.....	110	<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>	154
<i>adapalene</i>	82	<i>alprazolam</i>	22	<i>amlodipine</i>	54
ADCETRIS.....	3	ALREX.....	114	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	55
<i>adefovir</i>	168	<i>altavera (28)</i>	140	<i>amlodipine-benazepril</i>	54, 55
ADEMPAS.....	120	ALTRENO.....	82	<i>amlodipine-olmesartan</i>	55
<i>adriamycin</i>	3	ALUNBRIG.....	3	<i>amlodipine-valsartan</i>	55
<i>adrucil</i>	3	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	140	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..	55
ADVAIR DISKUS.....	73	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	140	<i>ammonium lactate</i>	80
ADVAIR HFA.....	73	<i>alyq</i>	120	<i>amoxapine</i>	154
AFINITOR.....	3	<i>amabelz</i>	90	<i>amoxicil-clarithromy-</i>	
AFINITOR DISPERZ.....	3	<i>amantadine hcl</i>	35	<i>lansopraz</i>	83
<i>afirmelle</i>	140	AMBISOME.....	157	<i>amoxicillin</i>	136

<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	136	AUBAGIO.....	65	BELSOMRA.....	65
<i>amphotericin b</i>	157	<i>aubra eq</i>	140	<i>benazepril</i>	59
<i>ampicillin</i>	136	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	140	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	59, 60
<i>ampicillin sodium</i>	136	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	140	BENDEKA.....	4
<i>ampicillin-sulbactam</i>	137	<i>aurovela 24 fe</i>	140	BENLYSTA.....	117
ANADROL-50.....	89	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	140	<i>benztropine</i>	35
<i>anagrelide</i>	171, 172	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	140	BEPREVE.....	116
<i>anastrozole</i>	3	AUSTEDO.....	66	BESIVANCE.....	112
ANORO ELLIPTA.....	75	AVASTIN.....	4	BESPONSA.....	4
APOKYN.....	35	<i>aviane</i>	140	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	91
<i>apraclonidine</i>	116	AVONEX.....	66	<i>betamethasone dipropionate</i>	77
<i>aprepitant</i>	32	AVSOLA.....	98	<i>betamethasone valerate</i>	77
<i>apri</i>	140	<i>ayuna</i>	141	<i>betamethasone, augmented</i>	77
APTIOM.....	148	AYVAKIT.....	4	BETASERON.....	66
APTIVUS.....	161	<i>azacitidine</i>	4	<i>betaxolol</i>	49, 110
APTIVUS (WITH VITAMIN E).....	161	<i>azathioprine</i>	98	<i>bethanechol chloride</i>	88
<i>aranelle (28)</i>	140	<i>azathioprine sodium</i>	98	BETHKIS.....	130
ARCALYST.....	98	<i>azelastine</i>	116	BEVYXXA.....	172
<i>aripiprazole</i>	38	<i>azithromycin</i>	135	<i>bexarotene</i>	4
ARISTADA.....	38	AZOPT.....	110	BEXSERO.....	105
ARISTADA INITIO.....	38	<i>aztreonam</i>	133	<i>bicalutamide</i>	4
<i>armodafinil</i>	65	<i>azurette (28)</i>	141	BICILLIN L-A.....	137
ARNUITY ELLIPTA.....	73	<i>bacitracin</i>	112, 131	BIDIL.....	61
<i>arsenic trioxide</i>	3, 4	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	112	BIKTARVY.....	161
<i>ascomp with codeine</i>	124	<i>baclofen</i>	178	<i>bimatoprost</i>	110
<i>ashlyna</i>	140	<i>balsalazide</i>	62	<i>bisoprolol fumarate</i>	49
<i>aspirin-dipyridamole</i>	173	BALVERSA.....	4	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	49
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	168	<i>balziva (28)</i>	141	BLENREP.....	4
<i>atazanavir</i>	161	BANZEL.....	148	<i>bleomycin</i>	4
<i>atenolol</i>	49	BAVENCIO.....	4	<i>bleph-10</i>	112
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	49	BAXDELA.....	137	BLINCYTO.....	4
<i>atomoxetine</i>	65	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	105	<i>blisovi 24 fe</i>	141
<i>atorvastatin</i>	55	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	169	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	141
<i>atovaquone</i>	34	BD VEO INSULIN SYR HALF UNIT.....	169	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	141
<i>atovaquone-proguanil</i>	34	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	169	BOOSTRIX TDAP.....	105, 106
ATRIPLA.....	161	<i>bekyree (28)</i>	141	BORTEZOMIB.....	4
<i>atropine</i>	116	BELEODAQ.....	4	BOSULIF.....	4, 5
ATROVENT HFA.....	75			BRAFTOVI.....	5
				BREO ELLIPTA.....	73

<i>briellyn</i>	141	CAPASTAT.....	160	CHANTIX.....	21
BRILINTA.....	174	CAPLYTA.....	38	CHANTIX CONTINUING	
<i>brimonidine</i>	110, 111	CAPRELSA.....	5	MONTH BOX.....	21
BRIVIACT.....	148	<i>captopril</i>	60	CHANTIX STARTING	
<i>bromfenac</i>	115	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> ...60		MONTH BOX.....	21
<i>bromocriptine</i>	35	CARBAGLU.....	84	<i>chateal eq (28)</i>	141
BROMSITE.....	115	<i>carbamazepine</i>	148, 149	<i>chloramphenicol sod succinate</i> 131	
BRUKINSA.....	5	<i>carbidopa</i>	35	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	22
<i>budesonide</i>	62, 73	<i>carbidopa-levodopa</i>	35, 36	<i>chlorhexidine gluconate</i>	76
<i>bumetanide</i>	58	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chloroquine phosphate</i>	34
<i>buprenorphine</i>	124	<i>entacapone</i>	36	<i>chlorothiazide</i>	58
<i>buprenorphine hcl</i>	21, 124	<i>carbinoxamine maleate</i> ... 159, 160		<i>chlorothiazide sodium</i>	58
<i>buprenorphine-naloxone</i>	21	<i>carboplatin</i>	5	<i>chlorpromazine</i>	38, 39
<i>bupropion hcl</i>	154	CAROSPIR.....	61	<i>chlorthalidone</i>	58
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> . 21		<i>carteolol</i>	111	<i>chlorzoxazone</i>	178
<i>bupirone</i>	22	<i>cartia xt</i>	51	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	55
<i>butalbital compound w/codeine</i> 124		<i>carvedilol</i>	50	<i>cholestyramine light</i>	56
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> 124		<i>casprofungin</i>	157	<i>ciclopirox</i>	157, 158
<i>butalbital-acetaminophen</i>	124	CAYSTON.....	133	<i>cidofovir</i>	168
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> 124		<i>caziant (28)</i>	141	<i>cilostazol</i>	174
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	124	<i>cefaclor</i>	133	CIMDUO.....	161
<i>butorphanol</i>	124	<i>cefadroxil</i>	133	<i>cimetidine</i>	83
BYNFEZIA.....	93	<i>cefazolin</i>	133	<i>cimetidine hcl</i>	83
BYSTOLIC.....	49	<i>cefdinir</i>	133, 134	CIMZIA.....	98
<i>cabergoline</i>	35	<i>cefepime</i>	134	CIMZIA POWDER FOR	
CABLIVI.....	172	<i>cefixime</i>	134	RECONST.....	98
CABOMETYX.....	5	<i>cefotaxime</i>	134	<i>cinacalcet</i>	63
<i>caffeine citrate</i>	66	<i>cefoxitin</i>	134	CINQAIR.....	71
<i>calcipotriene</i>	80	<i>cefpodoxime</i>	134	CINRYZE.....	174
<i>calcitonin (salmon)</i>	63	<i>cefprozil</i>	134	CINVANTI.....	32
<i>calcitriol</i>	63	<i>ceftazidime</i>	134	<i>ciprofloxacin</i>	138
<i>calcium acetate (phosphat</i>		<i>ceftriaxone</i>	134	<i>ciprofloxacin hcl</i>	112, 137, 138
<i>bind)</i>	86	<i>cefuroxime axetil</i>	134	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..138	
<i>calcium chloride</i>	169	<i>cefuroxime sodium</i>	134	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> . 112	
CALDOLOR.....	121	<i>celecoxib</i>	121	<i>citalopram</i>	154
CALQUENCE.....	5	CELONTIN.....	149	<i>cladribine</i>	5
<i>camila</i>	141	<i>cephalexin</i>	135	<i>clarithromycin</i>	135
<i>candesartan</i>	53	CERDELGA.....	176	<i>clemastine</i>	160
<i>candesartan-</i>		CEREZYME.....	176	CLENPIQ.....	87
<i>hydrochlorothiazid</i>	53	<i>cevimeline</i>	76	<i>clindamycin hcl</i>	131

CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR.....	131	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	131	CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE.....	131	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	131	<i>clindamycin pediatric</i>	131	<i>clindamycin phosphate</i>	81, 130, 131, 132	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ...	81	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE.....	45	CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE.....	45	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE.....	45	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	45	CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE.....	45	CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE).....	45	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE.....	46	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	46	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE.....	46	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE.....	46	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE.....	46	CLINOLIPID.....	46	<i>clobazam</i>	149	<i>clobetasol</i>	77, 78	<i>clobetasol-emollient</i>	78	<i>clofarabine</i>	5	<i>clomipramine</i>	154	<i>clonazepam</i>	22	<i>clonidine</i>	48	<i>clonidine hcl</i>	47, 66	<i>clopidogrel</i>	174	<i>clorazepate dipotassium</i>	22	<i>clotrimazole</i>	158	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	158	<i>clovique</i>	129	<i>clozapine</i>	39	COARTEM.....	34	<i>codeine sulfate</i>	125	<i>colchicine</i>	30	<i>colesevelam</i>	56	<i>colestipol</i>	56	<i>colistin (colistimethate na)</i>	132	<i>colocort</i>	62	COMBIGAN.....	111	COMBIVENT RESPIMAT... 75	COMETRIQ.....	5	COMPLERA.....	161	<i>compro</i>	32	<i>constulose</i>	84	COPAXONE.....	66	COPIKTRA.....	5	CORLANOR.....	52	<i>cormax</i>	78	<i>cortisone</i>	91	COSENTYX (2 SYRINGES). 98	COSENTYX PEN (2 PENS).. 98	COTELLIC.....	5	CREON.....	176	CRIXIVAN.....	161	<i>cromolyn</i>	71, 84, 116	<i>cryselle (28)</i>	141	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	141	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	141	<i>cyclobenzaprine</i>	178	<i>cyclopentolate</i>	116	<i>cyclophosphamide</i>	5	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	6	<i>cyclosporine</i>	98, 99	<i>cyclosporine modified</i>	98, 99	<i>cypiroheptadine</i>	160	CYRAMZA.....	6	<i>cyred eq</i>	141	CYSTADANE.....	118	CYSTADROPS.....	117	CYSTARAN.....	117	<i>dalfampridine</i>	66	DALIRESP.....	71	<i>danazol</i>	89	<i>dantrolene</i>	178	<i>dapsone</i>	160	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	106	<i>daptomycin</i>	132	DARZALEX.....	6	DARZALEX FASPRO.....	6	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	141	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	141	DAURISMO.....	6	<i>daysee</i>	141	<i>deblitane</i>	141	<i>decitabine</i>	6	<i>deferasirox</i>	129	<i>deferroxamine</i>	130	DELSTRIGO.....	162	<i>demeclocycline</i>	138	DEM SER.....	52	DENAVIR.....	80	DEPO-PROVERA.....	97	DESCOVY.....	162	<i>desipramine</i>	154	<i>desmopressin</i>	93	<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i> ...	142	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	142	<i>desonide</i>	78	<i>desoximetasone</i>	78	<i>desvenlafaxine succinate</i>	154	<i>dexamethasone</i>	91	<i>dexamethasone sodium phos</i> (<i>pf</i>).....	92
--	-----	--	-----	-------------------------------------	-----	--	-----	------------------------------------	-----	---------------------------------------	-------------------	---	----	---------------------------------------	----	---------------------------------------	----	---------------------------------------	----	--	----	---------------------------------------	----	---	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	-----------------	----	-----------------------	-----	-------------------------	--------	-----------------------------------	----	--------------------------	---	---------------------------	-----	-------------------------	----	------------------------	----	----------------------------	--------	--------------------------	-----	--------------------------------------	----	---------------------------	-----	---------------------------------------	-----	-----------------------	-----	------------------------	----	--------------	----	------------------------------	-----	-------------------------	----	--------------------------	----	-------------------------	----	--	-----	-----------------------	----	---------------	-----	--------------------------	---------------	---	---------------	-----	---------------------	----	-------------------------	----	---------------	----	---------------	---	---------------	----	---------------------	----	------------------------	----	---------------------------	----------------------------	---------------	---	------------	-----	---------------	-----	-----------------------	-------------	----------------------------	-----	---------------------------------	-----	----------------------------------	-----	------------------------------	-----	-----------------------------	-----	-------------------------------	---	-----------------------	---	---------------------------	--------	------------------------------------	--------	------------------------------	-----	--------------	---	-----------------------	-----	----------------	-----	-----------------	-----	---------------	-----	----------------------------	----	---------------	----	----------------------	----	-------------------------	-----	----------------------	-----	--	-----	-------------------------	-----	---------------	---	----------------------	---	--------------------------------	-----	---------------------------------	-----	---------------	---	---------------------	-----	------------------------	-----	-------------------------	---	--------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------	-----	-----------------------------	-----	--------------	----	--------------	----	-------------------	----	--------------	-----	--------------------------	-----	---------------------------	----	--	-----	--	-----	-----------------------	----	-----------------------------	----	---------------------------------------	-----	----------------------------	----	--	----

<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	92, 115	DOPTELET (10 TAB PACK)	174	ELIGARD	7
DEXILANT	83	DOPTELET (15 TAB PACK)	174	ELIGARD (3 MONTH).....	6
<i>dexmethylphenidate</i>	66	DOPTELET (30 TAB PACK)	174	ELIGARD (4 MONTH).....	6
<i>dextrazoxane hcl</i>	118	<i>dorzolamide</i>	111	ELIGARD (6 MONTH).....	7
<i>dextroamphetamine</i>	66	<i>dorzolamide-timolol</i>	111	<i>elinest</i>	142
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	66, 67	<i>dotti</i>	90	ELIQUIS.....	172
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .	46	DOVATO.....	162	ELIQUIS DVT-PE TREAT	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	46	<i>doxazosin</i>	48	30D START	172
<i>diazepam</i>	22, 23, 149	<i>doxepin</i>	154	ELITEK.....	176
<i>diazepam intensol</i>	22	<i>doxercalciferol</i>	63	<i>elixophyllin</i>	75
<i>diazoxide</i>	118	<i>doxorubicin</i>	6	ELLA.....	142
<i>diclofenac epolamine</i>	121	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	ELMIRON.....	118
<i>diclofenac potassium</i>	121	<i>doxy-100</i>	138	<i>eluryng</i>	142
<i>diclofenac sodium</i>	115, 121, 122	<i>doxycycline hyclate</i>	138, 139	EMCYT	7
<i>diclofenac-misoprostol</i>	122	<i>doxycycline monohydrate</i>	139	EMEND.....	32
<i>dicloxacillin</i>	137	DRIZALMA SPRINKLE	154, 155	EMFLAZA.....	92
<i>dicyclomine</i>	84	<i>dronabinol</i>	32	EMGALITY PEN.....	30
<i>didanosine</i>	162	<i>droperidol</i>	32	EMGALITY SYRINGE.....	31
DIFICID.....	135	<i>drospironone-ethinyl estradiol</i> .	142	<i>emoquette</i>	142
<i>diflorasone</i>	78	DROXIA.....	6	EMPLICITI.....	7
<i>diflunisal</i>	122	DUAVEE.....	90	EMSAM.....	155
<i>digitek</i>	52	DUEXIS.....	122	<i>emtricitabine</i>	162
<i>digox</i>	52	<i>duloxetine</i>	155	EMTRIVA.....	162
<i>digoxin</i>	52	DUTASTERIDE.....	87	<i>enalapril maleate</i>	60
<i>dihydroergotamine</i>	30	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	87	<i>enalaprilat</i>	60
<i>diltiazem hcl</i>	51	<i>econazole</i>	158	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ..	60
<i>dilt-xr</i>	51	EDARBI.....	53	ENBREL.....	99
<i>dimenhydrinate</i>	32	EDARBYCLOR.....	53	ENBREL MINI.....	99
DIPENTUM.....	62	EDURANT.....	162	ENBREL SURECLICK.....	99
<i>diphenhydramine hcl</i>	160	<i>efavirenz</i>	162	ENDARI.....	118
<i>diphenoxylate-atropine</i>	85	EGRIFTA.....	93	<i>endocet</i>	125
<i>dipyridamole</i>	174	EGRIFTA SV.....	93	ENGERIX-B (PF).....	106
<i>disopyramide phosphate</i>	48	ELAPRASE.....	176	ENGERIX-B PEDIATRIC	
<i>disulfiram</i>	21			(PF).....	106
<i>divalproex</i>	149			ENHERTU.....	7
<i>docetaxel</i>	6			<i>enoxaparin</i>	172
<i>dofetilide</i>	48			<i>enpresse</i>	142
<i>donepezil</i>	24			<i>enskyce</i>	142

<i>entecavir</i>	168	<i>etoposide</i>	7	FIASP PENFILL U-100	
ENTRESTO.....	53	EUCRISA.....	78	INSULIN.....	27
<i>enulose</i>	85	EVENITY.....	63	FIASP U-100 INSULIN.....	27
EPANED.....	60	<i>everolimus</i>		<i>finasteride</i>	87
EPCLUSA.....	166	(<i>immunosuppressive</i>).....	99	FINTEPLA.....	149
EPIDIOLEX.....	149	EVOTAZ.....	162	FIRVANQ.....	132
<i>epinastine</i>	117	EVRYSDI.....	118	<i>flavoxate</i>	88
<i>epinephrine</i>	52, 53	<i>exemestane</i>	7	FLEBOGAMMA DIF.....	99
<i>epitol</i>	149	EXONDYS-51.....	118	<i>flecainide</i>	48
EPIVIR HBV.....	162	EXTAVIA.....	67	FLOVENT DISKUS.....	73, 74
<i>eplerenone</i>	61	EZALLOR SPRINKLE.....	56	FLOVENT HFA.....	74
<i>epoprostenol (glycine)</i>	120	<i>ezetimibe</i>	56	<i>floxuridine</i>	7
<i>eprosartan</i>	53	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	56	<i>fluconazole</i>	158
<i>ergoloid</i>	24	FABRAZYME.....	176	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	158
ERGOMAR.....	31	<i>falmina (28)</i>	142	<i>flucytosine</i>	158
ERIVEDGE.....	7	<i>famciclovir</i>	168	<i>fludrocortisone</i>	92
ERLEADA.....	7	<i>famotidine</i>	83	<i>flumazenil</i>	67
<i>erlotinib</i>	7	<i>famotidine (pf)</i>	83	<i>flunisolide</i>	115
<i>errin</i>	142	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	83	<i>fluocinolone</i>	78
<i>ertapenem</i>	133	FANAPT.....	39	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	115
<i>ery pads</i>	81	FARXIGA.....	25	<i>fluocinonide</i>	78
<i>erythromycin</i>	112, 136	FARYDAK.....	7	<i>fluocinonide-e</i>	78
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	135	FASENRA.....	72	<i>fluorometholone</i>	115
<i>erythromycin with ethanol</i> ..	81, 82	FASENRA PEN.....	71	<i>fluorouracil</i>	7, 80
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> ..	82	<i>febuxostat</i>	30	<i>fluoxetine</i>	155
ESBRIET.....	71	<i>felbamate</i>	149	<i>fluphenazine decanoate</i>	39
<i>escitalopram oxalate</i>	155	<i>felodipine</i>	55	<i>fluphenazine hcl</i>	39
<i>esomeprazole sodium</i>	83	FEMRING.....	91	<i>flurazepam</i>	23
<i>estarylla</i>	142	<i>femynor</i>	142	<i>flurbiprofen</i>	122
<i>estazolam</i>	23	<i>fenofibrate</i>	56	<i>flurbiprofen sodium</i>	115
<i>estradiol</i>	90	<i>fenofibrate micronized</i>	56	<i>flutamide</i>	7
<i>estradiol valerate</i>	90	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	56	<i>fluticasone propionate</i>	78, 115
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	90	<i>fenofibric acid (choline)</i>	56	<i>fluvastatin</i>	56
<i>eszopiclone</i>	65	<i>fenopropfen</i>	122	<i>fluvoxamine</i>	155
<i>ethambutol</i>	160	<i>fentanyl</i>	125	<i>fomepizole</i>	118
<i>ethosuximide</i>	149	<i>fentanyl citrate</i>	125	<i>fondaparinux</i>	173
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	142	FERRIPROX.....	130	FORTEO.....	63
<i>etodolac</i>	122	FETZIMA.....	155	<i>fosamprenavir</i>	162
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	142	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosaprepitant</i>	32
ETOPOPHOS.....	7	INSULIN.....	27	<i>foscarnet</i>	166

<i>fosinopril</i>	60	<i>gentamicin</i>	82, 113, 130	<i>halobetasol propionate</i>	79
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	60	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> .	130	<i>haloperidol</i>	40
<i>fosphephenytoin</i>	149	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	130	<i>haloperidol decanoate</i>	39
FREAMINE HBC 6.9 %.....	46	GENVOYA.....	162	<i>haloperidol lactate</i>	40
FREAMINE III 10 %.....	46	GILENYA.....	67	HARVONI.....	166
FULPHILA.....	174	GILOTRIF.....	8	HAVRIX (PF).....	106
<i>fulvestrant</i>	7	GIVLAARI.....	172	<i>heather</i>	142
<i>furosemide</i>	58	<i>glatiramer</i>	67	HEMADY.....	92
FUZEON.....	162	<i>glatopa</i>	67	<i>heparin (porcine)</i>	173
<i>fyavolv</i>	91	<i>glimepiride</i>	29	<i>heparin, porcine (pf)</i>	173
FYCOMPA.....	150	<i>glipizide</i>	29	HEPATAMINE 8%.....	47
<i>gabapentin</i>	150	<i>glipizide-metformin</i>	29	HERCEPTIN.....	8
GALAFOLD.....	176	<i>glyburide</i>	29	HERCEPTIN HYLECTA.....	8
<i>galantamine</i>	24	<i>glyburide micronized</i>	29	HERZUMA.....	8
GAMASTAN.....	99	<i>glyburide-metformin</i>	30	HETLIOZ.....	65
GAMMAGARD LIQUID... 100		<i>glycopyrrolate</i>	85	HIBERIX (PF).....	106
GAMMAGARD S-D (IGA <		<i>glydo</i>	128	HUMATROPE.....	94
1 MCG/ML).....	100	GOCOVRI.....	36	HUMIRA.....	100
GAMMAPLEX.....	100	GRALISE.....	150	HUMIRA PEN.....	100
GAMMAPLEX (WITH		GRALISE 30-DAY		HUMIRA PEN CROHNS-	
SORBITOL).....	100	STARTER PACK.....	150	UC-HS START.....	100
GAMUNEX-C.....	100	<i>granisetron (pf)</i>	33	HUMIRA PEN PSOR-	
<i>ganciclovir sodium</i>	168	<i>granisetron hcl</i>	33	UVEITS-ADOL HS.....	100
GARDASIL 9 (PF).....	106	GRANIX.....	174	HUMIRA(CF).....	101
<i>gatifloxacin</i>	112	<i>griseofulvin microsize</i>	158	HUMIRA(CF) PEDI	
GATTEX 30-VIAL.....	85	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	158	CROHNS STARTER.....	101
GAUZE PAD.....	169	<i>guanfacine</i>	48, 67	HUMIRA(CF) PEN.....	101
<i>gavilyte-c</i>	87	GVOKE HYPOPEN 1-		HUMIRA(CF) PEN	
<i>gavilyte-g</i>	87	PACK.....	118	CROHNS-UC-HS.....	101
<i>gavilyte-n</i>	87	GVOKE HYPOPEN 2-		HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
GAVRETO.....	7	PACK.....	118	UV-ADOL HS.....	101
GAZYVA.....	8	GVOKE PFS 1-PACK		HUMULIN R U-500	
<i>gemcitabine</i>	8	SYRINGE.....	118	(CONC) INSULIN.....	27
<i>gemfibrozil</i>	56	GVOKE PFS 2-PACK		HUMULIN R U-500	
<i>generlac</i>	85	SYRINGE.....	118	(CONC) KWIKPEN.....	27
<i>gengraf</i>	100	HAEGARDA.....	174	<i>hydralazine</i>	53
GENOTROPIN.....	94	<i>hailey</i>	142	<i>hydrochlorothiazide</i>	59
GENOTROPIN		<i>hailey 24 fe</i>	142	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ... 125	
MINIQUICK.....	94	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	142	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	125
<i>gentak</i>	112	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	142	<i>hydrocortisone</i>	62, 79, 92

<i>hydrocortisone butyrate</i>	79	INCRELEX.....	94	<i>isradipine</i>	55
<i>hydrocortisone valerate</i>	79	<i>indapamide</i>	59	<i>itraconazole</i>	158
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	113	<i>indomethacin</i>	122	<i>ivermectin</i>	34
<i>hydromorphone</i>	126	INFANRIX (DTAP) (PF)....	107	IXEMPRA.....	10
<i>hydromorphone (pf)</i>	126	INFLECTRA.....	102	IXIARO (PF).....	107
<i>hydroxychloroquine</i>	34	INFUGEM.....	9	<i>jaimiess</i>	143
<i>hydroxyprogesterone</i>		INGREZZA.....	67	JAKAFI.....	10
<i>cap(ppres)</i>	97	INGREZZA INITIATION		<i>jantoven</i>	173
<i>hydroxyurea</i>	8	PACK.....	67	JANUMET.....	25
<i>hydroxyzine hcl</i>	160	INLYTA.....	9	JANUMET XR.....	25
<i>hydroxyzine pamoate</i>	118	INQOVI.....	9	JANUVIA.....	25
HYPERRAB (PF).....	101	INREBIC.....	10	JARDIANCE.....	25
HYPERRAB S/D (PF).....	101	INSULIN SYRINGE-		<i>jasmiel (28)</i>	143
HYQVIA.....	101	NEEDLE U-100.....	169	<i>jencycla</i>	143
<i>ibandronate</i>	63, 64	INTELENCE.....	162	JENTADUETO.....	25
IBRANCE.....	8	INTRALIPID.....	47	JENTADUETO XR.....	25
<i>ibu</i>	122	INTRON A.....	167	<i>jinteli</i>	91
<i>ibuprofen</i>	122	<i>introvale</i>	143	<i>juleber</i>	143
<i>icatibant</i>	53	INVEGA SUSTENNA.....	40	JULUCA.....	163
ICLUSIG.....	8	INVEGA TRINZA.....	40	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	143
IDHIFA.....	8	INVELTYS.....	115	<i>junel 1/20 (21)</i>	143
<i>ifosfamide</i>	8	INVIRASE.....	162	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	143
ILARIS (PF).....	101	IONOSOL-B IN D5W.....	169	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	143
ILEVRO.....	115	IONOSOL-MB IN D5W.....	169	<i>junel fe 24</i>	143
ILUMYA.....	101	IPOL.....	107	JUXTAPID.....	56, 57
<i>imatinib</i>	8, 9	<i>ipratropium bromide</i>	75, 117	JYNARQUE.....	59
IMBRUVICA.....	9	<i>ipratropium-albuterol</i>	75	KABIVEN.....	47
IMFINZI.....	9	<i>irbesartan</i>	53	KALETRA.....	163
<i>imipenem-cilastatin</i>	133	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>kalliga</i>	143
<i>imipramine hcl</i>	155	IRESSA.....	10	KALYDECO.....	72
<i>imipramine pamoate</i>	155	<i>irinotecan</i>	10	KANJINTI.....	10
<i>imiquimod</i>	81	ISENTRESS.....	163	KANUMA.....	176
IMLYGIC.....	9	ISENTRESS HD.....	163	<i>kariva (28)</i>	143
IMOGAM RABIES-HT (PF)		<i>isibloom</i>	143	KATERZIA.....	55
.....	102	ISOLYTE-P IN 5%		KEDRAB (PF).....	102
IMOVAX RABIES		DEXTROSE.....	170	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	143
VACCINE (PF).....	107	ISOLYTE-S.....	170	<i>kelnor 1-50</i>	143
IMPAVIDO.....	34	<i>isoniazid</i>	160	KESIMPTA PEN.....	67
INBRIJA.....	36	<i>isosorbide dinitrate</i>	61	<i>ketoconazole</i>	158
<i>incassia</i>	143	<i>isosorbide mononitrate</i>	61	<i>ketoprofen</i>	122

<i>ketorolac</i>	115, 122, 123	LATUDA.....	41	LIVALO.....	57
KEVEYIS.....	118	LAZANDA.....	126	<i>lojaimiess</i>	144
KEVZARA.....	102	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	166	LOKELMA.....	85
KEYTRUDA.....	10	<i>leflunomide</i>	102	LONSURF.....	11
KINERET.....	102	LEMTRADA.....	67	<i>loperamide</i>	85
KINRIX (PF).....	107	LENVIMA.....	11	<i>lopinavir-ritonavir</i>	163
<i>kionex (with sorbitol)</i>	85	<i>lessina</i>	144	<i>lorazepam</i>	23
KISQALI.....	10	<i>letrozole</i>	11	<i>lorazepam intensol</i>	23
KISQALI FEMARA CO- PACK.....	10	<i>leucovorin calcium</i>	119	LORBRENA.....	11
<i>klor-con m10</i>	170	LEUKERAN.....	11	<i>lorcet (hydrocodone)</i>	126
<i>klor-con m15</i>	170	LEUKINE.....	174	<i>lorcet hd</i>	126
<i>klor-con m20</i>	170	<i>leuprolide</i>	11	<i>lorcet plus</i>	126
KORLYM.....	25	<i>levetiracetam</i>	151	<i>loryna (28)</i>	144
KOSELUGO.....	10	<i>levobunolol</i>	111	<i>losartan</i>	54
KRINTAFEL.....	34	<i>levocarnitine</i>	119	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	54
KRYSTEXXA.....	176	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	119	LOTEMAX.....	115
<i>kurvelo (28)</i>	143	<i>levocetirizine</i>	160	LOTEMAX SM.....	115
KUVAN.....	176	<i>levofloxacin</i>	113, 138	<i>loteprednol etabonate</i>	115
KYNMOBI.....	36	<i>levofloxacin in d5w</i>	138	<i>lovastatin</i>	57
KYPROLIS.....	11	<i>levoleucovorin calcium</i>	119	<i>low-ogestrel (28)</i>	144
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad...</i>	143	<i>levonest (28)</i>	144	<i>loxapine succinate</i>	41
<i>labetalol</i>	50	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad...</i>	144	<i>lo-zumandimine (28)</i>	144
LACTATED RINGERS.....	178	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ...	144	LUCEMYRA.....	21
<i>lactulose</i>	85	<i>levora-28</i>	144	LUMIGAN.....	111
<i>lamivudine</i>	163	<i>levothyroxine</i>	89	LUMOXITI.....	11
<i>lamivudine-zidovudine</i>	163	LEXIVA.....	163	LUPRON DEPOT.....	12, 94
<i>lamotrigine</i>	150, 151	LIBTAYO.....	11	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	11, 94
<i>lansoprazole</i>	83	<i>lidocaine</i>	129	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	11
<i>lanthanum</i>	86	<i>lidocaine (pf)</i>	48, 128, 129	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	12
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	27	<i>lidocaine hcl</i>	129	LUPRON DEPOT-PED.....	94
LANTUS U-100 INSULIN....	27	<i>lidocaine viscous</i>	129	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	94
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	144	<i>lidocaine-prilocaine</i>	129	<i>lutera (28)</i>	144
<i>larin 1/20 (21)</i>	144	<i>lillow (28)</i>	144	LYNPARZA.....	12
<i>larin 24 fe</i>	144	<i>linezolid</i>	132	LYSODREN.....	12
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	144	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	132	<i>lyza</i>	145
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	144	LINZESS.....	85	<i>magnesium sulfate</i>	170
<i>larissia</i>	144	<i>liothyronine</i>	89		
<i>latanoprost</i>	111	<i>lisinopril</i>	60		
		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	60		
		<i>lithium carbonate</i>	67, 68		

<i>magnesium sulfate in d5w</i>	170	<i>mercaptapurine</i>	12	<i>midodrine</i>	48
<i>magnesium sulfate in water</i>	170	<i>meropenem</i>	133	<i>miglitol</i>	25
<i>malathion</i>	82	<i>mesalamine</i>	62	<i>miglustat</i>	177
<i>maprotiline</i>	155	<i>mesna</i>	119	<i>mili</i>	145
<i>marlissa (28)</i>	145	MESNEX	119	<i>milrinone</i>	53
MARPLAN	155	<i>metadate er</i>	68	<i>mimvey</i>	91
MARQIBO	12	<i>metaproterenol</i>	75	<i>minitran</i>	61
MATULANE	12	<i>metformin</i>	25	<i>minocycline</i>	139
<i>matzim la</i>	51	<i>methadone</i>	126	<i>minoxidil</i>	61
MAVENCLAD (10 TABLET PACK)	68	<i>methadose</i>	126	<i>mirtazapine</i>	156
MAVENCLAD (4 TABLET PACK)	68	<i>methazolamide</i>	111	<i>misoprostol</i>	83
MAVENCLAD (5 TABLET PACK)	68	<i>methenamine hippurate</i>	132	MITIGARE	30
MAVENCLAD (6 TABLET PACK)	68	<i>methimazole</i>	89	<i>mitoxantrone</i>	12
MAVENCLAD (7 TABLET PACK)	68	<i>methocarbamol</i>	178	M-M-R II (PF)	107
MAVENCLAD (8 TABLET PACK)	68	<i>methotrexate sodium</i>	12	<i>moexipril</i>	60
MAVENCLAD (9 TABLET PACK)	68	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	12	<i>molindone</i>	41
MAVYRET	166	<i>methoxsalen</i>	81	<i>mometasone</i>	79, 116
MAYZENT	68	<i>methscopolamine</i>	85	<i>mondoxyne nl</i>	139
<i>meclizine</i>	33	<i>methyldopa</i>	48	MONJUVI	13
<i>medroxyprogesterone</i>	97	<i>methyldopa- hydrochlorothiazide</i>	48	<i>mono-lynyah</i>	145
<i>mefenamic acid</i>	123	<i>methylphenidate hcl</i>	68, 69	<i>montelukast</i>	74
<i>mefloquine</i>	35	<i>methylprednisolone</i>	92	<i>morphine</i>	126, 127
<i>megestrol</i>	12, 97	<i>methylprednisolone acetate</i>	92	MORPHINE	127
MEKINIST	12	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	92	<i>morphine concentrate</i>	126
MEKTOVI	12	<i>metipranolol</i>	111	MOVANTIK	85
<i>meloxicam</i>	123	<i>metoclopramide hcl</i>	85	<i>moxifloxacin</i>	113, 138
<i>melfhalan hcl</i>	12	<i>metolazone</i>	59	MOZOBIL	174
<i>memantine</i>	24	<i>metoprolol succinate</i>	50	MULPLETA	175
MENACTRA (PF)	107	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	50	MULTAQ	49
MENQUADFI (PF)	107	<i>metoprolol tartrate</i>	50	<i>mupirocin</i>	82
MENVEO A-C-Y-W-135- DIP (PF)	107	<i>metronidazole</i>	82, 130, 132	MVASI	13
MEPSEVII	177	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	132	MYCAPSSA	94
		<i>metyrosine</i>	53	<i>mycophenolate mofetil</i>	102
		<i>mexiletine</i>	48	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ...	102
		MIACALCIN	64	MYLOTARG	13
		<i>miconazole-3</i>	158	MYRBETRIQ	88
		<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	145	<i>nabumetone</i>	123
		<i>midazolam</i>	23	<i>nadolol</i>	50
				<i>nafcillin</i>	137
				<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	137

NAGLAZYME.....	177	<i>nikki (28)</i>	145	NOVOLIN R REGULAR U-	
<i>naloxone</i>	21	<i>nilutamide</i>	13	100 INSULN.....	28
<i>naltrexone</i>	21	NINLARO.....	13	NOVOLOG FLEXPEN U-	
NAMZARIC.....	24	<i>nitisinone</i>	177	100 INSULIN.....	28
<i>naproxen</i>	123	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	132	NOVOLOG MIX 70-30 U-	
<i>naproxen-esomeprazole</i>	123	<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>		100 INSULN.....	28
<i>naratriptan</i>	31	<i>cryst</i>	132	NOVOLOG MIX 70-	
NARCAN.....	21	<i>nitroglycerin</i>	61, 62	30FLEXPEN U-100.....	28
NATACYN.....	113	NITYR.....	177	NOVOLOG PENFILL U-100	
<i>nateglinide</i>	26	NIVESTYM.....	175	INSULIN.....	28
NATPARA.....	64	<i>nizatidine</i>	84	NOVOLOG U-100 INSULIN	
NAYZILAM.....	151	NOCDURNA (MEN).....	95	ASPART.....	29
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	145	NOCDURNA (WOMEN).....	95	NOXAFIL.....	159
<i>nefazodone</i>	156	NORDITROPIN FLEXPEN.....	95	NPLATE.....	175
<i>neomycin</i>	130	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	145	NUBEQA.....	13
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> ... 113		<i>norethindrone acetate</i>	97	NUCALA.....	72
<i>neomycin-bacitracin-</i>		<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NUEDEXTA.....	69
<i>polymyxin</i>	113	91, 145	NULOJIX.....	102
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	82	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	145	NUPLAZID.....	41
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	145	NUTRILIPID.....	47
<i>dexameth</i>	113	<i>norlyda</i>	145	NUTROPIN AQ NUSPIN....	95
<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORMOSOL-M IN 5 %		<i>nyamyc</i>	159
<i>gramicidin</i>	113	DEXTROSE.....	170	<i>nystatin</i>	159
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	113	NORMOSOL-R PH 7.4.....	170	<i>nystatin-triamcinolone</i>	159
<i>neo-polycin</i>	114	NORTHERA.....	48	<i>nystop</i>	159
<i>neo-polycin hc</i>	114	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	145	OALIVA.....	85
NEPHRAMINE 5.4 %.....	47	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	145	OCREVUS.....	69
NERLYNX.....	13	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	145	OCTAGAM.....	102
NEULASTA.....	175	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	146	<i>octreotide acetate</i>	95
NEUPOGEN.....	175	<i>nortriptyline</i>	156	ODEFSEY.....	164
NEUPRO.....	36	NORVIR.....	163	ODOMZO.....	13
<i>nevirapine</i>	163	NOVOLIN 70/30 U-100		OFEV.....	72
NEXAVAR.....	13	INSULIN.....	28	<i>ofloxacin</i>	114
NEXLETOL.....	57	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>ogestrel (28)</i>	146
NEXLIZET.....	57	U-100.....	28	OGIVRI.....	13
<i>niacin</i>	57	NOVOLIN N FLEXPEN.....	28	<i>okebo</i>	139
<i>niacor</i>	57	NOVOLIN N NPH U-100		<i>olanzapine</i>	41
<i>nicardipine</i>	55	INSULIN.....	28	<i>olmesartan</i>	54
NICOTROL.....	21	NOVOLIN R FLEXPEN.....	28	<i>olmesartan-amlodipin-</i>	
<i>nifedipine</i>	55			<i>hcthiazyd</i>	54

<i>olmesartan-</i>	<i>oxycodone</i>	127	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	156
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	127	PERSERIS	41
<i>olopatadine</i>	<i>oxycodone-aspirin</i>	127	<i>pfizerpen-g</i>	137
OLUMIANT	OXYCONTIN	128	<i>phenadoz</i>	33
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	<i>oxymorphone</i>	128	<i>phenelzine</i>	156
<i>omeprazole</i>	OZEMPIC	26	<i>phenobarbital</i>	151
<i>omeprazole-sodium</i>	<i>pacerone</i>	49	<i>phenylephrine hcl</i>	48
<i>bicarbonate</i>	<i>paclitaxel</i>	14	<i>phenytoin</i>	151, 152
OMNIPOD DASH 5 PACK	PADCEV	14	<i>phenytoin sodium</i>	152
POD	<i>paliperidone</i>	41	<i>phenytoin sodium extended</i>	152
OMNITROPE	PALYNZIQ	177	<i>philith</i>	146
ONCASPAR	<i>pamidronate</i>	64	PHOSLYRA	87
<i>ondansetron</i>	PANRETIN	81	PICATO	81
<i>ondansetron hcl</i>	<i>pantoprazole</i>	84	PIFELTRO	164
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	<i>paricalcitol</i>	64	<i>pilocarpine hcl</i>	76, 111
ONGENTYS	<i>paroex oral rinse</i>	76	<i>pimecrolimus</i>	79
ONIVYDE	<i>paromomycin</i>	35	<i>pimozide</i>	41
ONTRUZANT	<i>paroxetine hcl</i>	156	<i>pimtrea (28)</i>	146
ONUREG	PAXIL	156	<i>pindolol</i>	50
OPDIVO	PEDIARIX (PF)	108	<i>pioglitazone</i>	26
OPSUMIT	PEDVAX HIB (PF)	108	<i>piperacillin-tazobactam</i>	137
<i>oralone</i>	PEGANONE	151	PIQRAY	14
ORENCIA	PEGASYS	167	<i>pirmella</i>	146
ORENCIA (WITH	PEGINTRON	167	<i>piroxicam</i>	123
MALTOSE)	PEMAZYRE	14	PLASMA-LYTE 148	170
ORENCIA CLICKJECT	PEN NEEDLE, DIABETIC	169	PLASMA-LYTE A	171
ORFADIN	<i>penicillamine</i>	130	PLEGRIDY	69
ORLISSA	<i>penicillin g potassium</i>	137	<i>podofilox</i>	81
ORKAMBI	<i>penicillin g procaine</i>	137	POLIVY	14
<i>orsythia</i>	<i>penicillin v potassium</i>	137	<i>polycin</i>	114
<i>oseltamivir</i>	PENNSAID	123	<i>polymyxin b sulfate</i>	132
OSMOLEX ER	PENTACEL (PF)	108	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	114
OTEZLA	<i>pentamidine</i>	35	POMALYST	14
OTEZLA STARTER	<i>pentoxifylline</i>	174	<i>portia 28</i>	146
<i>oxaliplatin</i>	PERIKABIVEN	47	PORTRAZZA	14
<i>oxandrolone</i>	<i>perindopril erbumine</i>	60	<i>posaconazole</i>	159
<i>oxazepam</i>	<i>periogard</i>	76	<i>potassium chloride</i>	171
<i>oxcarbazepine</i>	PERJETA	14	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	
OXTELLAR XR	<i>permethrin</i>	82	171
<i>oxybutynin chloride</i>	<i>perphenazine</i>	41	<i>potassium citrate</i>	171

PRADAXA.....	173	PROGRAF.....	103	RASUVO (PF).....	103
PRALUENT PEN.....	57	PROLASTIN-C.....	72	RAVICTI.....	86
<i>pramipexole</i>	37	PROLENSA.....	116	REBIF (WITH ALBUMIN)...	70
<i>prasugrel</i>	174	PROLEUKIN.....	14	REBIF REBIDOSE.....	70
<i>pravastatin</i>	57	PROLIA.....	64	REBIF TITRATION PACK..	70
<i>prazosin</i>	48	PROMACTA.....	175	<i>reclipsen (28)</i>	146
<i>prednicarbate</i>	79	<i>promethazine</i>	33, 34, 160	RECOMBIVAX HB (PF)....	108
<i>prednisolone</i>	92	<i>promethegan</i>	34	RECTIV.....	119
<i>prednisolone acetate</i>	116	<i>propafenone</i>	49	REGANEX.....	81
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	92, 93, 116	<i>propantheline</i>	86	RELENZA DISKHALER...	167
<i>prednisone</i>	93	<i>proparacaine</i>	117	RELISTOR.....	86
<i>pregabalin</i>	152	<i>propranolol</i>	50	REMICADE.....	103
PREMARIN.....	91	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	51	RENFLEXIS.....	103
PREMPHASE.....	91	<i>propylthiouracil</i>	89	<i>repaglinide</i>	26
PREMPRO.....	91	PROQUAD (PF).....	108	<i>repaglinide-metformin</i>	26
PRETOMANID.....	160	PROSOL 20 %.....	47	REPATHA PUSHTRONEX..	57
<i>prevalite</i>	57	<i>protamine</i>	172	REPATHA SURECLICK.....	57
<i>previfem</i>	146	<i>protriptyline</i>	156	REPATHA SYRINGE.....	58
PREVYMIS.....	167	PULMOZYME.....	177	RESCRIPTOR.....	164
PREZCOBIX.....	164	PURIXAN.....	14	RESTASIS.....	116
PREZISTA.....	164	<i>pyrazinamide</i>	161	RETACRIT.....	175
PRIFTIN.....	160	<i>pyridostigmine bromide</i>	119	RETEVMO.....	14
PRIMAQUINE.....	35	<i>pyrimethamine</i>	35	RETROVIR.....	164
<i>primidone</i>	152	QBRELIS.....	60	REVCOVI.....	177
PRIVIGEN.....	103	QINLOCK.....	14	REVLIMID.....	14
PROAIR RESPICLICK.....	75	QUADRACEL (PF).....	108	<i>revonto</i>	178
<i>probenecid</i>	30	<i>quetiapine</i>	41, 42	REXULTI.....	42
<i>probenecid-colchicine</i>	30	<i>quinapril</i>	60	REYATAZ.....	164
<i>procainamide</i>	49	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	61	RHOPRESSA.....	111
PROCALAMINE 3%.....	47	<i>quinidine gluconate</i>	49	<i>ribasphere</i>	168
<i>prochlorperazine</i>	33	<i>quinidine sulfate</i>	49	<i>ribasphere ribapak</i>	168
<i>prochlorperazine edisylate</i>	33	<i>quinine sulfate</i>	35	<i>ribavirin</i>	168
<i>prochlorperazine maleate</i>	33	RABAVERT (PF).....	108	RIDAURA.....	103
<i>procto-med hc</i>	79	<i>rabeprazole</i>	84	<i>rifabutin</i>	161
<i>procto-pak</i>	79	RADICAVA.....	70	<i>rifampin</i>	161
<i>proctosol hc</i>	79	<i>raloxifene</i>	91	<i>riluzole</i>	70
<i>proctozone-hc</i>	80	<i>ramipril</i>	61	<i>rimantadine</i>	167
<i>progesterone</i>	97	<i>ranitidine hcl</i>	84	RINVOQ.....	103
<i>progesterone micronized</i>	97	<i>ranolazine</i>	53	<i>risedronate</i>	64
		<i>rasagiline</i>	37	RISPERDAL CONSTA.....	42

<i>risperidone</i>	42	<i>sharobel</i>	146	SPRYCEL.....	15
<i>ritonavir</i>	164	SHINGRIX (PF).....	109	<i>sps (with sorbitol)</i>	86
RITUXAN.....	15	SIGNIFOR.....	96	<i>sronyx</i>	146
RITUXAN HYCELA.....	15	SIKLOS.....	172	<i>ssd</i>	82
<i>rivastigmine</i>	24	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	120	<i>stavudine</i>	164
<i>rivastigmine tartrate</i>	24	SILIQ.....	103	STELARA.....	104
<i>rizatriptan</i>	31	<i>silver sulfadiazine</i>	82	STERILE PADS.....	169
ROCKLATAN.....	111	SIMBRINZA.....	111	STIMATE.....	96
<i>ropinirole</i>	37	<i>simliya (28)</i>	146	STIOLTO RESPIMAT.....	76
<i>rosadan</i>	82	<i>simpesse</i>	146	STIVARGA.....	15
<i>rosuvastatin</i>	58	SIMPONI.....	104	STRENSIQ.....	177
ROTARIX.....	108	SIMPONI ARIA.....	104	<i>streptomycin</i>	131
ROTATEQ VACCINE.....	108	<i>simvastatin</i>	58	STRIBILD.....	164
ROZLYTREK.....	15	<i>sirolimus</i>	104	STRIVERDI RESPIMAT.....	76
RUBRACA.....	15	SIRTURO.....	161	SUBLOCADE.....	21, 22
RUKOBIA.....	164	SKYRIZI.....	104	<i>subvenite</i>	152
RUXIENCE.....	15	SLYND.....	146	<i>sucralfate</i>	84
RYBELSUS.....	26	<i>sodium chloride 0.9%</i>	171	<i>sulfacetamide sodium</i>	114
RYDAPT.....	15	<i>sodium phenylbutyrate</i>	86	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	82
SAIZEN.....	96	<i>sodium polystyrene (sorb free)</i>	86	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	114
SAIZEN SAIZENPREP.....	96	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	86	<i>sulfadiazine</i>	138
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	96	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	166	<i>sulfamethoxazole- trimethoprim</i>	138
SANTYL.....	81	SOLQUA 100/33.....	29	<i>sulfasalazine</i>	62
SAPHRIS.....	42	SOLTAMOX.....	15	<i>sulindac</i>	123
<i>sapropterin</i>	177	SOLU-CORTEF ACT-O- VIAL (PF).....	93	<i>sumatriptan</i>	31
SARCLISA.....	15	SOMATULINE DEPOT.....	96	<i>sumatriptan succinate</i>	31
SAVELLA.....	70	SOMAVERT.....	96	SUNOSI.....	65
<i>scopolamine base</i>	34	<i>sorine</i>	51	SUPPRELIN LA.....	96
SECUADO.....	42	<i>sotalol</i>	51	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	87
<i>selegiline hcl</i>	37	<i>sotalol af</i>	51	SUTENT.....	15
<i>selenium sulfide</i>	82	SOVALDI.....	166	<i>syeda</i>	146
SELZENTRY.....	164	SPIRIVA RESPIMAT.....	75	SYLATRON.....	15
SE-NATAL-19.....	178	SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	76	SYLVANT.....	15
SEREVENT DISKUS.....	75	<i>spironolactone</i>	59	SYMDEKO.....	72
SEROSTIM.....	96	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	59	SYMFI.....	164
<i>sertraline</i>	156	SPRAVATO.....	156	SYMFI LO.....	164
<i>setlakin</i>	146	<i>sprintec (28)</i>	146	SYMJEPI.....	53
<i>sevelamer carbonate</i>	87	SPRITAM.....	152	SYMLINPEN 120.....	26
<i>sevelamer hcl</i>	87				

SYMLINPEN 60.....	26	TEMIXYS.....	165	TOLAK.....	81
SYMPAZAN.....	152	TEMODAR.....	16	<i>tolmetin</i>	123, 124
SYMTUZA.....	165	<i>temsirolimus</i>	16	<i>tolterodine</i>	88
SYNAGIS.....	167	<i>tencon</i>	128	<i>topiramate</i>	152
SYNAREL.....	97	TENIVAC (PF).....	109	<i>toposar</i>	17
SYNDROS.....	34	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	165	<i>topotecan</i>	17
SYNERCID.....	132	TEPEZZA.....	117	<i>toremifene</i>	17
SYNJARDY.....	26	<i>terazosin</i>	88	<i>torse mide</i>	59
SYNJARDY XR.....	26	<i>terbinafine hcl</i>	159	TOTECT.....	119
SYNRIBO.....	15	<i>terbutaline</i>	76	TOUJEO MAX U-300	
TABLOID.....	16	<i>terconazole</i>	130	SOLOSTAR.....	29
TABRECTA.....	16	<i>testosterone</i>	89, 90	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
<i>tacrolimus</i>	80, 104	<i>testosterone cypionate</i>	89	INSULIN.....	29
<i>tadalafil</i>	120	<i>testosterone enanthate</i>	89	TOVIAZ.....	88
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	120	TETANUS,DIPHThERIA		TRACLEER.....	120
TAFINLAR.....	16	TOX PED(PF).....	109	TRADJENTA.....	26
TAGRISSO.....	16	<i>tetrabenazine</i>	70	<i>tramadol</i>	128
TAKHZYRO.....	119	<i>tetracycline</i>	139	<i>tramadol-acetaminophen</i>	128
TALTZ AUTOINJECTOR..	104	THALOMID.....	119	<i>trandolapril</i>	61
TALTZ SYRINGE.....	104	<i>theophylline</i>	76	<i>tranexamic acid</i>	172
TALZENNA.....	16	THIOLA.....	88	<i>tranlycypromine</i>	156
<i>tamoxifen</i>	16	THIOLA EC.....	88	TRAVASOL 10 %.....	47
<i>tamsulosin</i>	87	<i>thioridazine</i>	42	<i>travoprost</i>	111
TARGRETIN.....	16	<i>thiotepa</i>	16	TRAZIMERA.....	17
<i>tarina 24 fe</i>	146	<i>thiothixene</i>	43	<i>trazodone</i>	156
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	146	<i>tiadylt er</i>	52	TREANDA.....	17
TASIGNA.....	16	<i>tiagabine</i>	152	TRECTOR.....	161
TAVALISSE.....	172	TIBSOVO.....	16	TRELEGY ELLIPTA.....	76
<i>tazarotene</i>	82	TICE BCG.....	17	TRELSTAR.....	17
TAZORAC.....	82	<i>tigecycline</i>	140	TREMFYA.....	104
<i>taztia xt</i>	52	<i>timolol maleate</i>	51, 111	<i>treprostinil sodium</i>	120
TAZVERIK.....	16	<i>tinidazole</i>	35	<i>tretinoin</i>	82, 83
TDVAX.....	109	TIVICAY.....	165	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	17
TECENTRIQ.....	16	TIVICAY PD.....	165	<i>tri femynor</i>	146
TECFIDERA.....	70	<i>tizanidine</i>	178	<i>triamcinolone acetonide</i> 77, 80, 93	
TEFLARO.....	135	TOBI PODHALER.....	131	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	59
<i>telmisartan</i>	54	<i>tobramycin</i>	114	<i>triazolam</i>	23
<i>telmisartan-amlodipine</i>	54	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	131	<i>trientine</i>	130
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	54	<i>tobramycin sulfate</i>	131	<i>tri-estarylla</i>	147
<i>temazepam</i>	23	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	114	<i>trifluoperazine</i>	43

<i>trifluridine</i>	114	TYVASO.....	121	<i>vigabatrin</i>	153
<i>trihexyphenidyl</i>	37	UCERIS.....	62	<i>vigadrone</i>	153
TRIKAFTA.....	72	UDENYCA.....	175	VIIBRYD.....	157
<i>tri-legest fe</i>	147	UNITUXIN.....	18	VIMIZIM.....	177
<i>tri-lynyah</i>	147	UPTRAVI.....	121	VIMPAT.....	153
<i>tri-lo-estarylla</i>	147	<i>ursodiol</i>	86	<i>vinblastine</i>	18
<i>tri-lo-marzia</i>	147	<i>valacyclovir</i>	168	<i>vincasar pfs</i>	18
<i>tri-lo-mili</i>	147	VALCHLOR.....	81	<i>vincristine</i>	18
<i>tri-lo-sprintec</i>	147	<i>valganciclovir</i>	168	<i>vinorelbine</i>	18
<i>trilyte with flavor packets</i>	87	<i>valproate sodium</i>	152	<i>vioele (28)</i>	147
<i>trimethoprim</i>	132	<i>valproic acid</i>	153	VIRACEPT.....	165
<i>tri-mili</i>	147	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	152	VIREAD.....	165
<i>trimipramine</i>	157	<i>valrubicin</i>	18	VISTOGARD.....	120
TRINTELLIX.....	157	<i>valsartan</i>	54	VITRAKVI.....	18, 19
<i>tri-previfem (28)</i>	147	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	54	VIZIMPRO.....	19
TRIPTODUR.....	97	VALTOCO.....	153	<i>volnea (28)</i>	147
<i>tri-sprintec (28)</i>	147	<i>vancomycin</i>	132, 133	<i>voriconazole</i>	159
TRIUMEQ.....	165	VAQTA (PF).....	109, 110	VOSEVI.....	166
<i>trivora (28)</i>	147	VARIVAX (PF).....	110	VOTRIENT.....	19
<i>tri-vylibra</i>	147	VASCEPA.....	58	VPRIV.....	177
<i>tri-vylibra lo</i>	147	VECTIBIX.....	18	VRAYLAR.....	43
TRODELVY.....	17	VELCADE.....	18	VUMERITY.....	71
TROGARZO.....	165	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	147	VYEPTI.....	31
TROPHAMINE 10 %.....	47	VELPHORO.....	87	<i>vyfemla (28)</i>	147
TROPHAMINE 6%.....	47	VEMLIDY.....	165	<i>vylibra</i>	148
<i>tropium</i>	88	VENCLEXTA.....	18	VYNDAMAX.....	53
TRULANCE.....	86	VENCLEXTA STARTING		VYNDAQEL.....	53
TRULICITY.....	26	PACK.....	18	VYXEOS.....	19
TRUMENBA.....	109	<i>venlafaxine</i>	157	VYZULTA.....	112
TRUVADA.....	165	<i>verapamil</i>	52	<i>warfarin</i>	173
TRUXIMA.....	17	VEREGEN.....	81	WELCHOL.....	58
TUKYSA.....	17	VERSACLOZ.....	43	<i>wera (28)</i>	148
<i>tulana</i>	147	VERZENIO.....	18	XADAGO.....	37
TURALIO.....	18	VIBERZI.....	86	XALKORI.....	19
TWINRIX (PF).....	109	<i>vicodin hp</i>	128	XARELTO.....	173
TYBOST.....	119	VICTOZA.....	27	XARELTO DVT-PE TREAT	
TYKERB.....	18	VIDEX 2 GRAM		30D START.....	173
TYMLOS.....	64	PEDIATRIC.....	165	XATMEP.....	19
TYPHIM VI.....	109	VIEKIRA PAK.....	166	XCOPRI.....	153
TYSABRI.....	105	<i>vienna</i>	147		

XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	153	ZEPOSIA.....	71
XCOPRI TITRATION PACK.....	153	ZEPOSIA STARTER KIT.....	71
XELJANZ.....	105	ZEPOSIA STARTER PACK.....	71
XELJANZ XR.....	105	ZEPZELCA.....	20
XELPROS.....	112	<i>zidovudine</i>	165
XERMELO.....	86	ZIEXTENZO.....	176
XGEVA.....	64	ZIOPTAN (PF).....	112
XHANCE.....	116	<i>ziprasidone hcl</i>	43
XIFAXAN.....	133	<i>ziprasidone mesylate</i>	43
XIGDUO XR.....	27	ZIRABEV.....	20
XIIDRA.....	116	ZIRGAN.....	114
XOFLUZA.....	167	ZOLADEx.....	20
XOLAIR.....	72, 73	<i>zoledronic acid</i>	65
XOSPATA.....	19	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	65
XPOVIO.....	19	ZOLINZA.....	20
XTAMPZA ER.....	128	<i>zolmitriptan</i>	31, 32
XTANDI.....	19	<i>zolpidem</i>	65
<i>xulane</i>	148	ZOMACTON.....	97
XULTOPHY 100/3.6.....	29	<i>zonisamide</i>	153
XURIDEN.....	120	ZORBTIVE.....	97
XYOSTED.....	90	ZORTRESS.....	105
XYREM.....	65	ZOSTAVAX (PF).....	110
YERVOY.....	19	<i>zovia 1/35e (28)</i>	148
YF-VAX (PF).....	110	ZTLIDO.....	129
YONDELIS.....	20	ZULRESSO.....	157
YONSA.....	20	<i>zumandimine (28)</i>	148
<i>yuvafem</i>	91	ZYDELIG.....	20
<i>zafirlukast</i>	74	ZYKADIA.....	20
<i>zaleplon</i>	65	ZYLET.....	114
ZALTRAP.....	20	ZYPREXA RELPREVV.....	43
<i>zarah</i>	148	ZYTIGA.....	20
ZARXIO.....	176		
<i>zebutal</i>	128		
ZEJULA.....	20		
ZELBORAF.....	20		
<i>zenatane</i>	81		
ZENPEP.....	178		
ZEPATIER.....	166		

Este formulario fue actualizado el 10/05/2020. Para obtener información actualizada o si tiene preguntas, contacte a ATRIO Health Plans llamando al 1-877-672-8620 o para usuarios de TTY/TDD, al 1-800-735-2900, todos los días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite el sitio web atriohp.com.