

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)
CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)
Formulario resumido para 2022
(Lista parcial de medicamentos cubiertos)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00022142, Version Number 7

Este formulario resumido se actualizó el 08/14/2021. No hemos realizado cambios en este formulario resumido desde 08/14/2021. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) Servicio al miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711, 8 a.m.-8 p.m., hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. - 8 p.m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite christushealthplan.org.

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO).

Este documento incluye una lista parcial de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 08/14/2021. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado y completo. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

¿Qué es el Formulario resumido de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?

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

Este documento es un formulario parcial y solo incluye algunos de los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Para consultar la lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, [o] agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 31 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 31 días.>
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2022, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 08/14/2021. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Antihypertensive Therapy. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 71. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Por ejemplo, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) proporciona 31 por receta para AFINITOR. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea un documento para explicar nuestra restricción de autorización previa. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, por eso es posible que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) cubra su medicamento. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si resulta que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO).
- Puede solicitar que CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)?

Puede solicitarle a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

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

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 31 días del medicamento. Después del primer suministro para 31 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 34 días mientras solicita la excepción al formulario.

Cuya ventana transición afiliados ha expirado y son o bien de ser admitido en un entorno LTC o dando de alta un establecimiento de atención a largo plazo prevista una transición adicional se deben a llenar ese nivel de cambio de atención. Si bien inicialmente rechazar la reclamación como el miembro ya no es de acuerdo elegibles para la transición fechas de inscripción del plan, el farmacéutico es instruido para introducir un código de anulación para permitir que el proceso de transición a la oferta en consecuencia. Ediciones de recarga Los primeros no se apliquen de un establecimiento.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

08/14/2021

Si tiene alguna pregunta sobre CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO)

El Formulario resumido que comienza en la siguiente página 10 proporciona información acerca de la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 71.

Recuerde lo siguiente: Esta es solo una lista parcial de los medicamentos que cubre CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Si su medicamento con receta no se encuentra en este formulario parcial, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

A continuación, encontrará una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos / Límites que le informa si existen requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Lista de Abreviaciones

B/D PA: Este medicamento con receta pueden estar cubiertos por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. La información puede ser necesario Enviado Describir el uso y la configuración de la droga para hacer la determinación.

LA: Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar solo disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, por favor llame a Servicio al Cliente.

MO: Mail-Order Drogas. Este medicamento con receta está disponible a través de nuestro servicio de pedidos por correo, así como a través de nuestras farmacias de la red minorista. Considere el uso de pedidos por correo para su largo plazo manejador (mantenimiento) medicamentos (tales como medicamentos para la presión arterial alta). Farmacias de la red al por menor pueden ser más apropiados para las prescripciones de corto plazo manejador (como los antibióticos).

PA: Autorización Previa. El plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubra el medicamento.

QL: Cantidad Límite. Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

ST: Paso de Terapia. En algunos casos, el Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubra el medicamento B a menos que trate el Medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B. A continuación.

Número Tier	Nivel Nombre	De copago por un suministro de un mes en una farmacia de la red con participación en los costos estándar
1	Preferred Generic	\$4
2	Generic	\$10
3	Preferred Brand	\$35
4	Non-Preferred Brand	Usted paga 26% o 30% del costo total* *(revisar su plan específico)
5	Specialty Drug Tier	Usted paga 29% del costo total

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ANTI - INFECTIVES		
ANTIFUNGAL AGENTS		
ABELCET	4	B/D PA; MO
AMBISOME	5	B/D PA; MO
<i>amphotericin b</i>	4	B/D PA; MO
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	B/D PA
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	4	B/D PA
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	2	MO
CRESEMBA ORAL	5	PA
<i>fluconazole</i>	2	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	4	PA; MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	4	PA
<i>flucytosine</i>	5	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	4	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>itraconazole oral solution</i>	4	MO
<i>ketoconazole oral</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>micafungin</i>	5	MO
NOXAFIL ORAL SUSPENSION	5	PA; MO; QL (630 per 30 days)
<i>nystatin oral</i>	2	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	PA; MO; QL (96 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	5	PA; MO
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	PA; MO
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	PA; MO
ANTIVIRALS		
<i>abacavir</i>	2	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	3	MO
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	5	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	4	MO
<i>amantadine hcl</i>	2	MO
APTIVUS	5	MO
<i>atazanavir</i>	4	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BARACLUDE ORAL SOLUTION	5	MO
BIKTARVY	5	MO
COMPLERA	5	MO
DELSTRIGO	5	MO
DESCOVY	5	MO
DOVATO	5	MO
EDURANT	5	MO
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	4	MO
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	2	MO
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	5	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	MO
<i>emtricitabine</i>	2	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	5	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	MO
<i>entecavir</i>	4	MO
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; MO; QL (28 per 28 days)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION	4	MO
EVOTAZ	5	MO
<i>famciclovir</i>	2	MO
<i>fosamprenavir</i>	5	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	MO
GENVOYA	5	MO
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; MO; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; MO; QL (28 per 28 days)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	MO
INVIRASE ORAL TABLET	5	MO
ISENTRESS HD	5	MO
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	5	MO
ISENTRESS ORAL TABLET	5	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	MO
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA	5	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	4	MO
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	5	MO
<i>lamivudine</i>	3	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION	4	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	4	MO
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet</i>	3	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	MO
NORVIR ORAL SOLUTION	4	MO
ODEFSEY	5	MO
<i>oseltamivir</i>	3	MO
PIFELTRO	5	MO
PREVYMIS ORAL	5	MO; QL (30 per 30 days)
PREZCOBIX	5	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	MO
RELENZA DISKHALER	4	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	MO
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	MO
<i>rimantadine</i>	4	MO
<i>ritonavir</i>	3	MO
RUKOBIA	5	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG	5	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	3	MO
STRIBILD	5	MO
SYMTUZA	5	MO
TEMIXYS	5	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	MO
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	MO
TIVICAY PD	5	MO
TRIUMEQ	5	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	5	MO
<i>valganciclovir oral tablet</i>	3	MO
VEMLIDY	5	MO
VIRACEPT ORAL TABLET	5	MO
VIREAD ORAL POWDER	5	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	MO
VOSEVI	5	PA; MO; QL (28 per 28 days)
<i>zidovudine</i>	2	MO
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	2	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 375 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>cefadroxil oral tablet</i>	2	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	4	MO
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>cefdinir</i>	2	MO
<i>cefepime injection</i>	4	MO
<i>cefixime</i>	4	MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA
<i>cefpodoxime</i>	4	MO
<i>cefprozil</i>	2	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	4	PA
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	4	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	2	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	4	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	4	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	4	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 500 MG/5 ML	4	
SUPRAX ORAL TABLET, CHEWABLE	4	MO
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA
<i>tazicef injection recon soln 6 gram</i>	4	PA; MO
TEFLARO	5	PA; MO
ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	3	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	2	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	MO
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>clarithromycin oral tablet</i>	3	MO
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	3	MO
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	4	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	4	MO
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	PA; MO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	4	
<i>erythromycin oral</i>	4	MO
MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES		
<i>albendazole</i>	5	MO
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	4	PA; MO
ARIKAYCE	5	PA; LA
<i>atovaquone</i>	5	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	2	MO
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram</i>	4	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BENZNIDAZOLE	3	MO
CAYSTON	5	PA; MO; LA; QL (84 per 28 days)
<i>chloroquine phosphate</i>	2	MO
<i>clindamycin hcl</i>	2	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	4	PA; MO
<i>clindamycin pediatric</i>	4	MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	4	PA; MO
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	4	PA; MO
COARTEM	4	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	4	PA; MO
<i>dapsone oral</i>	3	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	MO
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	MO
EMVERM	5	MO
<i>ertapenem</i>	4	PA; MO; QL (14 per 14 days)
<i>ethambutol</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA; MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 80 mg/100 ml</i>	4	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	4	PA; MO
<i>hydroxychloroquine</i>	2	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	PA; MO
IMPAVIDO	5	PA; MO
<i>isoniazid oral solution</i>	4	MO
<i>isoniazid oral tablet</i>	2	MO
<i>ivermectin oral</i>	3	MO
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	PA
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	5	MO
<i>linezolid oral tablet</i>	4	MO
<i>mefloquine</i>	2	MO
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	4	PA; MO; QL (30 per 10 days)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA; MO; QL (10 per 10 days)
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>neomycin</i>	2	MO
<i>nitazoxanide</i>	5	MO
<i>paromomycin</i>	4	MO
PASER	3	MO
<i>pentamidine inhalation</i>	4	B/D PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>pentamidine injection</i>	4	MO
<i>praziquantel</i>	4	MO
PRIFTIN	3	MO
PRIMAQUINE	3	MO
<i>pyrazinamide</i>	4	MO
<i>pyrimethamine</i>	5	PA; MO
<i>quinine sulfate</i>	4	MO
<i>rifabutin</i>	4	MO
<i>rifampin intravenous</i>	4	MO
<i>rifampin oral</i>	3	MO
SIRTURO	5	PA; LA
STREPTOMYCIN	3	PA; MO
<i>tigecycline</i>	5	PA; MO
<i>tinidazole</i>	2	MO
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	5	B/D PA; MO; QL (280 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation</i>	5	B/D PA; MO; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	4	PA; MO
TRECATOR	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	4	PA; MO; QL (20 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA; QL (2 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA; MO; QL (10 per 10 days)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	PA; MO; QL (40 per 10 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	PA; MO; QL (80 per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	PA; MO; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
PENICILLINS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	2	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	MO
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	4	PA
BICILLIN C-R	3	PA; MO
BICILLIN L-A	4	PA; MO
<i>dicloxacillin</i>	2	MO
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	PA
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 1 gram/50 ml</i>	4	PA

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	4	PA; MO
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	4	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	4	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	2	MO
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	4	MO
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	4	
QUINOLONES		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	2	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	4	PA; MO
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	4	MO
SULFA'S / RELATED AGENTS		
<i>sulfadiazine</i>	4	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	2	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
TETRACYCLINES		
<i>doxy-100</i>	4	PA; MO
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	2	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	4	MO
<i>monodoxine nl oral capsule 100 mg</i>	2	MO
<i>tetracycline</i>	4	MO
URINARY TRACT AGENTS		
<i>methenamine hippurate</i>	2	MO
<i>nitrofurantoin</i>	4	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	MO
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	3	MO
<i>trimethoprim</i>	2	MO
ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS		
ADJUNCTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium oral</i>	3	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
MESNEX ORAL	5	MO
XGEVA	5	B/D PA; MO
ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
AFINITOR DISPERZ	5	PA; MO
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ALECENSA	5	PA; MO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (60 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>anastrozole</i>	2	MO
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
<i>azathioprine</i>	2	B/D PA; MO
BALVERSA	5	PA; LA
<i>bexarotene</i>	5	PA; MO
<i>bicalutamide</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA	5	PA; LA
CABOMETYX	5	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
CALQUENCE	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA; MO; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA; MO; QL (84 per 28 days)
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
COTELLIC	5	PA; MO; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
DROXIA	3	MO
EMCYT	5	MO
ERIVEDGE	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (immunosuppressive)</i>	5	B/D PA; MO
<i>exemestane</i>	4	MO
FARYDAK	5	PA; MO; QL (6 per 21 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	B/D PA; MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	B/D PA; MO
<i>flutamide</i>	2	MO
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21 per 28 days)
GAVRETO	5	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
<i>gengraf</i>	4	B/D PA; MO
GILOTTRIF	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>hydroxyurea</i>	2	MO
IBRANCE	5	PA; MO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG	5	PA; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
IDHIFA	5	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	5	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (30 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA; QL (30 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; MO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
INQOVI	5	PA; MO; QL (5 per 28 days)
INREBIC	5	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
IRESSA	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
JAKAFI	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA; MO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; MO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; MO; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA; MO; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA; MO; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA; MO; QL (63 per 28 days)
<i>lapatinib</i>	5	PA; MO; QL (180 per 30 days)
LENVIMA	5	PA; MO
<i>letrozole</i>	2	MO
LEUKERAN	5	MO
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	5	PA; MO
LONSURF	5	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
LUPRON DEPOT	5	PA; MO
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	5	PA; MO
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	5	PA; MO
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	5	PA; MO
LYNPARZA ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN	3	
MATULANE	5	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	3	PA; MO
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	4	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	3	PA; MO
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI	5	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine</i>	2	MO
<i>methotrexate sodium</i>	2	B/D PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	2	B/D PA; MO
MVASI	5	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D PA; MO
NERLYNX	5	PA; MO; LA
NEXAVAR	5	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide</i>	5	PA; MO
NINLARO	5	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA	5	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA; MO
ODOMZO	5	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
ONUREG	5	PA; MO; QL (14 per 14 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14 per 21 days)
PIQRAY	5	PA; MO
POMALYST	5	PA; MO; LA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA; MO
PURIXAN	5	
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
REVLIMID	5	PA; MO; LA; QL (28 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; QL (150 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
RUBRACA	5	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE	5	PA; MO
RYDAPT	5	PA; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	4	B/D PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
SIGNIFOR	5	PA
<i>sirolimus oral solution</i>	5	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	B/D PA; MO
SOLTAMOX	5	MO
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
STIVARGA	5	PA; MO; QL (84 per 28 days)
SUTENT	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
SYNRIBO	5	B/D PA
TABLOID	4	MO
TABRECTA	5	PA; MO
<i>tacrolimus oral</i>	2	B/D PA; MO
TAFINLAR	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
TAGRISSE	5	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
TARGRETIN TOPICAL	5	PA; MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA; MO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK	5	PA; LA
TEPMETKO	5	PA; LA
THALOMID	5	PA; MO
TIBSOVO	5	PA
<i>toremifene</i>	5	MO
TRAZIMERA	5	B/D PA; MO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	B/D PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	MO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (300 per 30 days)
TURALIO	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
UKONIQ	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA; LA; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (120 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; QL (42 per 30 days)
VERZENIO	5	PA; MO; LA; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; LA; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA; MO; LA; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
VOTRIENT	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
XALKORI	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
XATMEP	4	B/D PA; MO
XERMELO	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
XOSPATA	5	PA; LA
XPOVIO	5	PA; LA

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
YONSA	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA	5	PA; LA; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF	5	PA; MO; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV	5	B/D PA; MO
ZOLINZA	5	PA; MO
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	5	B/D PA; MO
ZYDELIG	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)

AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH

ANTICONVULSANTS

APTIOM ORAL TABLET 200 MG	5	MO; QL (180 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	5	MO; QL (90 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS	4	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	5	MO; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET	5	MO; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	2	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	2	MO
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	4	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet</i>	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	MO; QL (90 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	MO; QL (300 per 30 days)
DIACOMIT	5	PA; LA
<i>diazepam rectal</i>	4	MO
DILANTIN 30 MG	3	MO
<i>divalproex oral capsule, delayed release sprinkle</i>	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	MO
EPIDIOLEX	5	PA; MO; LA
<i>epitol</i>	2	MO
<i>ethosuximide</i>	2	MO
<i>felbamate oral suspension</i>	5	MO
<i>felbamate oral tablet</i>	4	MO
FINTEPLA	5	PA; LA; QL (360 per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	5	MO; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	MO; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr</i>	4	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO
NAYZILAM	5	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	3	MO
<i>phenobarbital oral elixir</i>	2	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	PA; MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	MO
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
<i>primidone</i>	2	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>rufinamide</i>	5	PA; MO
SPRITAM	4	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine</i>	4	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	2	PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>topiramate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>valproic acid</i>	2	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	MO
VALTOCO	5	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin</i>	5	MO; LA
<i>vigadrone</i>	5	LA
VIMPAT INTRAVENOUS	3	MO; QL (1200 per 30 days)
VIMPAT ORAL SOLUTION	5	MO; QL (1200 per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	3	MO; QL (120 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	MO; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	4	MO; QL (120 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	4	MO; QL (240 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK	4	MO; QL (56 per 28 days)
<i>zonisamide</i>	2	PA; MO
ANTIPARKINSONISM AGENTS		
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>bromocriptine</i>	4	MO
<i>carbidopa</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	MO
<i>entacapone</i>	4	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; MO; QL (150 per 30 days)
NEUPRO	4	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	2	MO
<i>rasagiline</i>	4	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	2	MO
<i>selegiline hcl</i>	2	MO

MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY

AJOVY AUTOINJECTOR	3	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE	3	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal</i>	5	QL (8 per 28 days)
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	MO
<i>naratriptan</i>	3	MO; QL (18 per 28 days)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	2	MO; QL (36 per 28 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i>	3	MO; QL (36 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)

MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY

AUBAGIO	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>dalfampridine</i>	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	5	PA; MO; QL (14 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; MO; QL (120 per 180 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	4	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
FIRDAPSE	5	PA; LA
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	3	MO
<i>galantamine oral solution</i>	4	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	3	MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; MO; QL (12 per 28 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	4	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	4	PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>memantine oral tablet</i>	2	PA; MO
NAMZARIC	3	PA; MO
NUDEXTA	5	PA; MO
<i>rivastigmine</i>	4	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	MO
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)

MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY

<i>baclofen oral</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; MO
<i>dantrolene oral</i>	4	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	3	MO
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	MO

NARCOTIC ANALGESICS

<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule</i>	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	MO; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	2	MO
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; MO; 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>	4	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	3	MO; QL (5550 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	3	MO; QL (390 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	3	MO; QL (50 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	4	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral liquid</i>	4	MO; QL (2400 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	PA; MO; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	3	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	3	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
<i>morphine oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
<i>morphine oral tablet</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	3	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	4	MO; QL (180 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>oxycodone oral solution</i>	3	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
NON-NARCOTIC ANALGESICS		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	3	MO; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>butorphanol nasal</i>	4	MO; QL (10 per 28 days)
<i>celecoxib</i>	2	MO
<i>diclofenac potassium</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	3	MO; QL (1000 per 28 days)
<i>diflunisal</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>etodolac</i>	2	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	2	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	1	MO
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone</i>	2	MO
<i>naloxone injection solution</i>	2	MO
<i>naloxone injection syringe</i>	2	MO
<i>naltrexone</i>	2	MO
<i>naproxen oral suspension</i>	4	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	2	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	2	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	MO
NARCAN	3	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>oxaprozin</i>	4	MO
<i>piroxicam</i>	3	MO
<i>sulindac</i>	2	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
VIVITROL	5	MO
PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS		
ABILIFY MAINTENA	5	MO; QL (1 per 28 days)
<i>amitriptyline</i>	2	MO
<i>amoxapine</i>	3	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	5	MO; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO	5	MO; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	MO; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	MO; QL (1.6 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	MO; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	MO; QL (3.2 per 28 days)
<i>armodafinil</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>asenapine maleate</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>buspirone</i>	2	MO
CAPLYTA	5	MO; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>chlorpromazine oral tablet</i>	4	MO
<i>citalopram oral solution</i>	3	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine</i>	4	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	PA; MO; QL (360 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	4	
<i>desipramine</i>	2	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	3	MO
<i>diazepam oral concentrate</i>	2	PA; MO; QL (240 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet</i>	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule</i>	4	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	4	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	MO; QL (90 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM	5	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	4	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK	4	MO; QL (8 per 28 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK	4	MO; QL (28 per 28 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine oral solution</i>	2	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	4	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>haloperidol</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml(1ml)</i>	2	
<i>haloperidol lactate injection</i>	2	MO
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	MO
HETLIOZ	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>imipramine hcl</i>	4	MO
<i>imipramine pamoate</i>	4	MO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	MO; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	MO; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	MO; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	MO; QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	MO; QL (0.5 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML	5	MO; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.315 ML	5	MO; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	MO; QL (1.75 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.625 ML	5	MO; QL (2.63 per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	MO; QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	5	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	MO
<i>lorazepam intensol</i>	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>loxapine succinate</i>	2	MO
MARPLAN	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	3	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable</i>	4	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i>	2	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>molindone</i>	2	MO
<i>nefazodone</i>	2	MO
<i>nortriptyline</i>	2	MO
NUPLAZID ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular</i>	4	MO
<i>olanzapine oral</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
PAXIL ORAL SUSPENSION	4	MO
<i>perphenazine</i>	2	MO
PERSERIS	5	MO; QL (1 per 30 days)
<i>phenelzine</i>	3	MO
<i>pimozide</i>	4	MO
<i>protriptyline</i>	4	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI	5	MO; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	3	MO; QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	MO; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	2	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
SECUADO	5	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate</i>	2	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>thioridazine</i>	3	MO
<i>thiothixene</i>	2	MO
<i>tranlycypromine</i>	4	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	2	MO
<i>trimipramine</i>	4	MO
TRINTELLIX	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
VERSACLOZ	5	
VIIBRYD ORAL TABLET	3	MO; QL (30 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)-20 MG (23)	3	MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	5	MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK	4	MO; QL (7 per 30 days)
XYREM	5	PA; LA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ziprasidone hcl</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	
<i>zolpidem oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	MO; QL (2 per 28 days)

CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS

ANTIARRHYTHMIC AGENTS

<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>dofetilide</i>	4	MO
<i>flecainide</i>	2	MO
<i>mexiletine</i>	2	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	MO
<i>propafenone oral capsule,extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
sorine oral tablet 240 mg	2	
sotalol af	2	
sotalol oral	2	MO
ANTIHYPERTENSIVE THERAPY		
acebutolol	2	MO
aliskiren	4	MO
amiloride	2	MO
amiloride-hydrochlorothiazide	2	MO
amlodipine	1	MO
amlodipine-benazepril	1	MO
amlodipine-olmesartan	2	MO
amlodipine-valsartan	2	MO
amlodipine-valsartan-hcthiiazid	2	MO
atenolol	1	MO
atenolol-chlorthalidone	2	MO
benazepril	1	MO
benazepril-hydrochlorothiazide	2	MO
betaxolol oral	3	MO
bisoprolol fumarate	2	MO
bisoprolol-hydrochlorothiazide	1	MO
bumetanide	2	MO
candesartan	2	MO
candesartan-hydrochlorothiazid	2	MO
captopril	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
cartia xt	2	MO
carvedilol	1	MO
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	MO
clonidine	4	MO; QL (4 per 28 days)
clonidine hcl oral tablet	1	MO
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr	2	MO
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	2	MO
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
diltiazem hcl oral tablet	2	MO
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
dilt-xr	2	MO
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1	MO; QL (30 per 30 days)
doxazosin oral tablet 8 mg	1	MO; QL (60 per 30 days)
enalapril maleate	1	MO
enalapril-hydrochlorothiazide	1	MO
eplerenone	2	MO
felodipine	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>furosemide injection</i>	2	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine oral</i>	2	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isradipine</i>	2	MO
<i>labetalol oral</i>	2	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	2	MO
<i>methyldopa</i>	2	MO
<i>metolazone</i>	2	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>metoprolol tartrate oral</i>	1	MO
<i>metirosine</i>	5	PA; MO
<i>minoxidil oral</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	2	MO
<i>nicardipine oral</i>	4	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	2	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO
<i>nimodipine</i>	4	MO
<i>nisoldipine</i>	4	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>pindolol</i>	3	MO
<i>prazosin</i>	2	MO
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>propranolol oral solution</i>	2	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone</i>	1	MO
<i>spironolactone-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>taztia xt</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>telmisartan</i>	2	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	2	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	2	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiadylt er</i>	2	MO
<i>timolol maleate oral</i>	2	MO
<i>torseamide oral</i>	2	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	5	PA; MO; LA
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet</i>	1	MO
UPTRAVI	5	PA; MO; LA
<i>valsartan</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	2	MO
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	2	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
COAGULATION THERAPY		
<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	MO
BRILINTA	3	MO
CABLIVI INJECTION KIT	5	PA; LA
<i>cilostazol</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole oral</i>	4	MO
DOPTLET (10 TAB PACK)	5	PA; MO; LA
DOPTLET (15 TAB PACK)	5	PA; MO; LA
DOPTLET (30 TAB PACK)	5	PA; MO; LA
ELIQUIS	3	MO
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	MO
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	MO; QL (28 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	MO; QL (22.4 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	4	MO; QL (16.8 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	4	MO; QL (11.2 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	MO
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	MO
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	3	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
MULPLETA	5	PA; MO
<i>pentoxifylline</i>	2	MO
<i>prasugrel</i>	2	MO
PROMACTA	5	PA; MO; LA
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO	3	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	MO
LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS		
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i>	2	MO
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i>	2	
<i>colesevelam</i>	4	MO
<i>colestipol oral packet</i>	4	MO
<i>colestipol oral tablet</i>	4	MO
<i>ezetimibe</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	MO
<i>fenofibric acid (choline)</i>	4	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	2	MO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5	PA; MO; LA
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	4	
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	2	MO
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
REPATHA	3	PA; QL (3 per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	3	ST; MO

MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS

CORLANOR ORAL SOLUTION	3	QL (450 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>digitek</i>	2	MO
<i>digox</i>	2	MO
<i>digoxin oral solution</i>	3	MO
<i>digoxin oral tablet</i>	2	MO
ENTRESTO	3	MO; QL (60 per 30 days)
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG)	3	MO
<i>ranolazine</i>	2	MO
VECAMYL	5	
VYNDAMAX	5	PA; MO
VYNDALIN	5	PA; MO

NITRATES

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	2	MO
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	4	MO

DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY

ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC

<i>acitretin</i>	4	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (2 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (2 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
STELARA INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
TALTZ SYRINGE	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS		
<i>ammonium lactate</i>	2	MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; MO; QL (8 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; QL (4.56 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	3	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	4	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	MO; QL (36 per 30 days)
<i>lidocaine viscous</i>	2	MO
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>methoxsalen</i>	5	MO
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; MO; QL (100 per 30 days)
<i>podofilox</i>	2	MO
REGRANEX	5	MO
SANTYL	3	MO
<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO
<i>ssd</i>	2	MO
<i>tacrolimus topical</i>	4	PA; MO; QL (100 per 30 days)
VALCHLOR	5	PA; MO
THERAPY FOR ACNE		
<i>acutane oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita topical cream</i>	4	PA; MO
<i>claravis</i>	4	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>ery pads</i>	2	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	2	MO
<i>isotretinoin</i>	4	
<i>metronidazole topical cream</i>	4	MO
<i>metronidazole topical gel</i>	4	MO
<i>metronidazole topical lotion</i>	4	MO
<i>myorisan</i>	4	
<i>tazarotene topical cream</i>	4	PA; MO
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	PA; MO
TAZORAC TOPICAL GEL	4	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	3	PA; MO
<i>zenatane</i>	4	
TOPICAL ANTIBACTERIALS		

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>gentamicin topical</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>mafenide acetate</i>	2	MO
<i>mupirocin</i>	2	MO; QL (44 per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	4	MO
SULFAMYLON TOPICAL CREAM	3	MO
TOPICAL ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox topical cream</i>	2	MO; QL (90 per 28 days)
<i>ciclopirox topical gel</i>	2	MO; QL (45 per 28 days)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	2	MO; QL (120 per 28 days)
<i>ciclopirox topical solution</i>	2	MO
<i>ciclopirox topical suspension</i>	2	MO; QL (60 per 28 days)
<i>clotrimazole topical cream</i>	2	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole topical solution</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	3	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	4	MO; QL (60 per 28 days)
<i>econazole</i>	4	MO; QL (85 per 28 days)
<i>ketoconazole topical cream</i>	2	MO; QL (60 per 28 days)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	MO; QL (120 per 28 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>nyamyc</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>nystatin topical cream</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical ointment</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical powder</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	3	MO; QL (60 per 28 days)
<i>nystop</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)

TOPICAL ANTIVIRALS

<i>acyclovir topical ointment</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DENAVIR	4	MO; QL (5 per 30 days)

TOPICAL CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	2	MO
<i>ala-cort topical cream 2.5 %</i>	2	
<i>alclometasone</i>	2	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	2	MO
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	4	MO
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	4	MO
<i>clobetasol scalp</i>	4	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical foam</i>	4	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical gel</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical lotion</i>	4	MO; QL (118 per 28 days)
<i>clobetasol topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	4	MO; QL (236 per 28 days)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clodan</i>	4	MO; QL (236 per 28 days)
<i>desonide</i>	4	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	4	MO
<i>fluocinolone topical cream</i>	4	MO
<i>fluocinolone topical ointment</i>	4	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>fluocinolone topical solution</i>	4	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical gel</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical solution</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide-e</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	4	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	2	MO
<i>mometasone topical</i>	2	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	4	MO
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	MO
<i>triderm topical cream</i>	2	MO
TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES		
<i>lindane topical shampoo</i>	4	MO
<i>malathion</i>	4	MO
<i>permethrin</i>	2	MO
DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS		
MISCELLANEOUS AGENTS		
<i>acamprosate</i>	4	MO
<i>anagrelide</i>	3	MO
CARBAGLU	5	PA; MO; LA
CHEMET	3	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA
<i>clovique</i>	5	PA; MO
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	2	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	2	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	2	MO
<i>deferasirox</i>	5	PA; MO
<i>deferiprone</i>	5	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	2	
dextrose 10 % in water (d10w)	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback	2	MO
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	2	
disulfiram	2	MO
droxidopa	5	PA; MO
FERRIPROX	5	PA
INCRELEX	5	MO; LA
levocarnitine (with sugar)	2	MO
levocarnitine oral tablet	2	MO
LOKELMA	3	MO
midodrine	2	MO
nitisinone	5	PA; MO
pilocarpine hcl oral	2	MO
PROLASTIN-C	5	PA; LA
RAVICTI	5	PA; MO
riluzole	3	PA; MO
risedronate oral tablet 30 mg	2	MO; QL (30 per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet	4	MO; QL (270 per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	2	MO
sodium chloride irrigation	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
sodium phenylbutyrate oral powder	5	PA; MO
sodium phenylbutyrate oral tablet	5	PA
sodium polystyrene sulfonate oral powder	3	MO
sps (with sorbitol) oral	3	MO
trientine	5	PA; MO
XURIDEN	5	PA
SMOKING DETERRENTS		
bupropion hcl (smoking deter)	2	MO
CHANTIX	4	MO
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	4	MO
CHANTIX STARTING MONTH BOX	4	MO
NICOTROL	4	MO
NICOTROL NS	4	MO
EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS		
MISCELLANEOUS AGENTS		
azelastine nasal	3	MO; QL (60 per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane	1	MO
ipratropium bromide nasal	2	MO; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>periogard</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	2	MO
MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	4	MO
<i>flac otic oil</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	4	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	2	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	2	MO
OTIC STEROID / ANTIBIOTIC		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	2	MO
ENDOCRINE/DIABETES		
ADRENAL HORMONES		
<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	2	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>prednisolone oral solution</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	2	MO
<i>prednisone intensol</i>	4	MO
<i>prednisone oral solution</i>	2	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets,dose pack</i>	1	MO
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	2	MO
DIABETES THERAPY		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
ALCOHOL PADS	3	
BYDUREON BCISE	3	PA; MO; QL (4 per 28 days)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML	3	PA; MO; QL (2.4 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	3	PA; MO; QL (1.2 per 30 days)
<i>diazoxide</i>	4	MO
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	3	MO
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	3	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	3	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	3	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
JANUMET	3	MO; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA	3	MO; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE	3	MO; QL (30 per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 2.5-1,000 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	MO
LANTUS U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	3	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
ONGLYZA	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	2	MO; QL (960 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	2	MO; QL (480 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
SYNJARDY	3	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 25-1,000 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	3	MO
TRULICITY	3	PA; MO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	MO; 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	MO; QL (60 per 30 days)
MISCELLANEOUS HORMONES		
<i>cabergoline</i>	3	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	MO
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	2	
CERDELGA	5	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	4	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	5	PA; MO
<i>danazol</i>	4	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	4	MO
<i>desmopressin oral</i>	3	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
KORLYM	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA; MO; LA
MYALEPT	5	PA; MO; LA
NATPARA	5	PA; MO; LA
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	4	PA; MO
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	3	PA; MO
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; QL (15 per 30 days)
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 2.5 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; QL (4 per 30 days)
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; MO; LA; QL (60 per 30 days)
<i>paricalcitol oral</i>	4	MO
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG	5	PA; MO
<i>sapropterin</i>	5	PA; MO
SOMAVERT	5	PA; MO
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; LA
SYNAREL	5	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	3	PA; MO
testosterone enanthate	3	PA; MO
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation	4	PA; MO; QL (120 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	4	PA; MO; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	4	PA; MO; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)	4	PA; MO; QL (37.5 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)	4	PA; MO; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal solution in metered pump w/app	4	PA; MO; QL (180 per 30 days)
tolvaptan oral tablet 30 mg	5	PA; MO
THYROID HORMONES		

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
euthyrox	1	MO
levo-t	1	
levothyroxine oral tablet	1	
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	MO
liothyronine oral	2	MO
unithroid	1	MO
GASTROENTEROLOGY		
ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS		
dicyclomine oral capsule	2	MO
dicyclomine oral solution	2	MO
dicyclomine oral tablet	2	MO
diphenoxylate-atropine oral liquid	4	MO
diphenoxylate-atropine oral tablet	2	MO
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	3	MO
loperamide oral capsule	2	MO
MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS		
alosetron	5	PA; MO
aprepitant	4	B/D PA; MO
balsalazide	4	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	4	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	5	
CHENODAL	5	PA; LA
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA
CHOLBAM ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>compro</i>	4	MO
<i>constulose</i>	2	MO
CORTIFOAM	3	MO
CREON	3	MO
<i>cromolyn oral</i>	4	MO
CYSTADANE	5	
DIPENTUM	5	MO
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; MO
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	B/D PA
<i>enulose</i>	2	MO
GATTEX 30-VIAL	5	PA; MO
<i>gavilyte-c</i>	2	MO
<i>gavilyte-g</i>	2	MO
<i>gavilyte-n</i>	2	MO
<i>generlac</i>	2	MO
<i>granisetron hcl oral</i>	2	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	MO
INFLECTRA	5	PA; MO; QL (20 per 28 days)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	MO
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	MO
<i>mesalamine oral capsule (with delayed release tablets)</i>	4	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	4	MO
<i>mesalamine rectal</i>	4	MO
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
MOVANTIK	3	MO; QL (30 per 30 days)
OICALIVA	5	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
<i>ondansetron</i>	2	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	MO
<i>peg-electrolyte</i>	2	MO
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG	3	MO
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 500 MG	5	MO
<i>prochlorperazine</i>	4	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	2	MO
<i>procto-med hc</i>	2	MO
<i>procto-pak</i>	2	MO
<i>proctosol hc topical</i>	2	MO
<i>proctozone-hc</i>	2	MO
RECTIV	3	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	MO; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	MO; QL (12 per 30 days)
REMICADE	5	PA; MO; QL (20 per 28 days)
<i>scopolamine base</i>	4	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
SUCRAID	5	PA
<i>sulfasalazine</i>	2	MO
<i>trilyte with flavor packets</i>	2	MO
TRULANCE	3	MO
<i>ursodiol</i>	3	MO
VARUBI ORAL	3	B/D PA
VIOKACE	3	MO
ULCER THERAPY		
<i>cimetidine</i>	2	MO
<i>cimetidine hcl oral</i>	2	MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	MO
<i>famotidine oral suspension</i>	4	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	2	MO
<i>misoprostol</i>	3	MO
<i>nizatidine oral capsule</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	1	MO
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	1	MO; QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg	1	MO
sucralfate oral suspension	4	MO
sucralfate oral tablet	2	MO

IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY

BIOTECHNOLOGY DRUGS

ACTIMMUNE	5	B/D PA; MO
ARCALYST	5	PA; MO
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; MO; QL (14 per 28 days)
INTRON A INJECTION	5	B/D PA; MO
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	5	PA; MO
NIVESTYM	5	PA; MO
NYVEPRIA	5	PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
OMNITROPE	5	PA; MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; QL (4 per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	MO; QL (2 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 per 180 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO
VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS		
ACTHIB (PF)	3	MO
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	3	MO
BCG VACCINE, LIVE (PF)	3	MO
BEXSERO	3	MO
BOOSTRIX TDAP	3	MO
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	MO
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	B/D PA; MO
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF)	3	B/D PA; MO
GARDASIL 9 (PF)	3	MO
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
HIBERIX (PF)	3	MO
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	3	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
IPOLE	3	
IXIARO (PF)	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	MO
MENQUADFI (PF)	3	MO
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	MO
M-M-R II (PF)	3	MO
PEDIARIX (PF)	3	MO
PEDVAX HIB (PF)	3	
PRIVIGEN	5	PA; MO
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	MO
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML	3	B/D PA; MO
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML	3	B/D PA; MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML	3	B/D PA
ROTARIX	3	
ROTATEQ VACCINE	3	MO
SHINGRIX (PF)	3	MO
TDVAX	3	MO
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	3	MO
TRUMENBA	3	MO
TWINRIX (PF)	3	MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	MO
VAQTA (PF)	3	MO
VARIVAX (PF)	3	
VARIZIG	3	MO
YF-VAX (PF)	3	
MISCELLANEOUS SUPPLIES		
MISCELLANEOUS SUPPLIES		
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	3	MO
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
BD INSULIN SYRINGE U-500	3	MO
BD INSULIN ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	3	MO
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	3	MO
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	3	MO
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	3	MO
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	3	MO
FREESTYLE FREEDOM	3	
FREESTYLE FREEDOM LITE	3	MO
FREESTYLE INSULINX	3	MO
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	3	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	MO
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	MO
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	MO
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	MO
FREESTYLE LITE METER	3	MO
FREESTYLE LITE STRIPS	3	MO
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	3	MO
FREESTYLE TEST	3	MO
GAUZE PADS 2 X 2	3	
INSULIN PEN NEEDLE	3	MO
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML, 1/2 ML	3	
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	3	MO
NEEDLES, INSULIN DISP.,SAFETY	3	MO
NOVOFINE 32	3	MO
NOVOTWIST	3	MO
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	3	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT	3	MO
OMNIPOD INSULIN REFILL	3	MO
ONETOUCH ULTRA TEST	3	MO
ONETOUCH ULTRA2 METER	3	MO
ONETOUCH ULTRAMINI	3	MO
ONETOUCH VERIO FLEX METER	3	MO
ONETOUCH VERIO IQ METER	3	MO
ONETOUCH VERIO METER	3	MO
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	3	MO
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	3	MO
PRECISION XTRA MONITOR	3	MO
PRECISION XTRA TEST	3	MO
V-GO 20	3	MO
V-GO 30	3	MO
V-GO 40	3	MO
MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY		
GOUT THERAPY		
<i>allopurinol</i>	1	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>colchicine oral tablet</i>	2	MO
<i>febuxostat</i>	3	MO
<i>probenecid</i>	2	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	2	MO
OSTEOPOROSIS THERAPY		
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate oral</i>	2	MO; QL (1 per 30 days)
PROLIA	3	PA; MO; QL (1 per 180 days)
<i>raloxifene</i>	2	MO
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	2	MO; QL (1 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	MO; QL (4 per 28 days)
TERIPARATIDE	5	PA; MO; QL (2.48 per 28 days)
OTHER RHEUMATOLOGICALS		
ACTEMRA ACTPEN	5	PA; MO; QL (3.6 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; QL (3.6 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS	5	PA; MO
ENBREL MINI	5	PA; MO; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; QL (16 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; MO; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK	5	PA; MO; QL (8 per 28 days)
HUMIRA PEN	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	5	PA; MO; QL (6 per 180 days)
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS- ADOL HS	5	PA; MO; QL (4 per 180 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; QL (3 per 180 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (2 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; MO; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; MO; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; MO; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)
<i>leflunomide</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; MO; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (1.6 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; MO; QL (2.8 per 28 days)
OTEZLA	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; MO; QL (55 per 28 days)
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	PA; MO
RIDAURA	5	MO
RINVOQ	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA; MO; QL (300 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
XELJANZ XR	5	PA; MO; QL (30 per 30 days)

OBSTETRICS / GYNECOLOGY

ESTROGENS / PROGESTINS

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>amabelz</i>	3	PA; MO
<i>camila</i>	2	MO
<i>deblitane</i>	2	MO
<i>dotti</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>errin</i>	2	MO
<i>estradiol oral</i>	4	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	3	PA; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal</i>	4	MO
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	3	PA; MO
<i>fyavolv</i>	4	PA; MO
<i>incassia</i>	2	MO
<i>jinteli</i>	4	PA; MO
<i>lyllana</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxyprogesterone</i>	2	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	3	PA; MO
<i>mimvey</i>	3	PA; MO
<i>nora-be</i>	2	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>norethindrone acetate</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	4	PA
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	4	PA; MO
<i>progesterone micronized</i>	2	MO
<i>sharobel</i>	2	MO
<i>yuvaferm</i>	4	MO
MISCELLANEOUS OB/GYN		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	2	MO
<i>eluryng</i>	4	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	MO
<i>terconazole</i>	3	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	3	MO
<i>vandazole</i>	3	MO
<i>xulane</i>	4	MO
<i>zafemy</i>	4	MO
ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS		
<i>altavera (28)</i>	2	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>apri</i>	2	MO
<i>aranelle (28)</i>	2	MO
<i>aubra eq</i>	2	MO
<i>aviane</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>caziant (28)</i>	2	MO
<i>cryselle (28)</i>	2	MO
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>cyred eq</i>	2	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>emoquette</i>	2	MO
<i>enpresse</i>	2	MO
<i>enskyce</i>	2	MO
<i>estarylla</i>	2	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	2	
<i>falmina (28)</i>	2	MO
<i>fayosim</i>	2	MO
<i>femynor</i>	2	MO
<i>introvale</i>	2	MO
<i>isibloom</i>	2	MO
<i>jasmiel (28)</i>	2	MO
<i>juleber</i>	2	MO
<i>kariva (28)</i>	2	MO
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	2	MO
<i>kurvelo (28)</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	2	MO
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>larissia</i>	2	MO
<i>lessina</i>	2	MO
<i>levonest (28)</i>	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	MO
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	2	MO
<i>levora-28</i>	2	MO
<i>loryna (28)</i>	2	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
luta (28)	2	MO
marlissa (28)	2	MO
microgestin 1.5/30 (21)	2	MO
microgestin 1/20 (21)	2	MO
microgestin fe 1.5/30 (28)	2	MO
microgestin fe 1/20 (28)	2	MO
mili	2	MO
nikki (28)	2	MO
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	2	MO
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.25-35 mg-mcg	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	2	MO
nortrel 0.5/35 (28)	2	MO
nortrel 1/35 (21)	2	MO
nortrel 1/35 (28)	2	MO
nortrel 7/7/7 (28)	2	MO
orsythia	2	MO
pimtrea (28)	2	MO
pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg	2	MO
portia 28	2	MO
previfem	2	MO
reclipsen (28)	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
setlakin	2	MO
sprintec (28)	2	MO
sronyx	2	MO
syeda	2	MO
tarina 24 fe	2	MO
tarina fe 1-20 eq (28)	2	MO
tilia fe	2	MO
tri-estarylla	2	MO
tri-legest fe	2	MO
tri-lo-estarylla	2	MO
tri-lo-sprintec	2	MO
tri-previfem (28)	2	MO
tri-sprintec (28)	2	MO
trivora (28)	2	MO
velivet triphasic regimen (28)	2	MO
vestura (28)	2	
vienva	2	MO
zarah	2	MO
zovia 1-35 (28)	2	

OPHTHALMOLOGY

ANTIBIOTICS

bacitracin ophthalmic (eye)	2	MO
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye)	2	MO
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)	2	MO
erythromycin ophthalmic (eye)	2	MO; QL (3.5 per 14 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>gatifloxacin</i>	2	MO
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment</i>	2	MO; QL (3.5 per 30 days)
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO; QL (70 per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	3	MO
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	2	MO
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (10 per 14 days)
ANTIVIRALS		
<i>trifluridine</i>	3	MO
ZIRGAN	4	MO
BETA-BLOCKERS		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>carteolol</i>	2	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	4	MO
MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	2	MO
BLEPHAMIDE	4	MO
BLEPHAMIDE S.O.P.	4	MO
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	MO
CYSTARAN	5	PA
<i>epinastine</i>	3	MO
<i>olopatadine ophthalmic (eye)</i>	2	MO
OXERVATE	5	PA; MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	MO
XIIDRA	3	MO; QL (60 per 30 days)
NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2	MO
ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	3	MO
<i>methazolamide</i>	4	MO
OTHER GLAUCOMA DRUGS		
<i>dorzolamide</i>	2	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	2	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
<i>travoprost</i>	3	MO
STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	2	MO; QL (10 per 14 days)
STEROIDS		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>fluorometholone</i>	3	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	3	MO
<i>prednisolone acetate</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
SYMPATHOMIMETICS		

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	MO
<i>apraclonidine</i>	3	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	MO
RESPIRATORY AND ALLERGY		
ANTIHISTAMINE / ANTIALLERGENIC AGENTS		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	3	MO; QL (2 per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	4	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>promethazine oral</i>	4	PA; MO
SYMJEPI	4	MO; QL (2 per 30 days)
PULMONARY AGENTS		
<i>acetylcysteine</i>	3	B/D PA; MO
ADEMPAS	5	PA; MO; LA

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ADVAIR DISKUS	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	2	QL (13.4 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 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	MO
<i>alyq</i>	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan</i>	5	PA; MO; LA
ASMANEX HFA	3	MO; QL (13 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	3	MO; QL (1 per 30 days)

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	3	MO; QL (2 per 30 days)
ATROVENT HFA	3	MO; QL (25.8 per 30 days)
<i>bosentan</i>	5	PA; MO; LA
BREZTRI AEROSPHERE	3	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (60 per 30 days)
CINRYZE	5	PA; MO
COMBIVENT RESPIMAT	3	MO; QL (8 per 30 days)
<i>cromolyn inhalation</i>	5	B/D PA; MO
DALIRESP	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DULERA	3	MO; QL (13 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	5	PA; MO; QL (270 per 30 days)

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	5	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>flunisolide</i>	2	MO; QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	MO; QL (16 per 30 days)
<i>icatibant</i>	5	PA; MO
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D PA; MO
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>montelukast</i>	2	MO
OFEV	5	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT	5	PA; MO; LA
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (112 per 28 days)
ORLADEYO	5	PA; LA
PERFOROMIST	3	B/D PA; MO
PULMOZYME	5	B/D PA; MO

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (10.6 per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet</i>	3	PA; MO; QL (90 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER	3	MO; QL (90 per 90 days)
STIOLTO RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
SYMBICORT	3	MO; QL (10.2 per 30 days)
SYMDEKO	5	PA; MO; QL (56 per 28 days)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline oral</i>	4	MO
THEO-24	3	MO

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>theophylline oral solution</i>	4	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg</i>	2	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N)	5	PA; MO; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; QL (1 per 28 days)
<i>zafirlukast</i>	2	MO

UROLOGICALS

ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS

MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	3	MO
<i>oxybutynin chloride</i>	2	MO
<i>tolterodine</i>	4	MO
<i>tropium oral tablet</i>	2	MO

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
<i>alfuzosin</i>	2	MO
<i>dutasteride</i>	2	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	MO
<i>tamsulosin</i>	1	MO

MISCELLANEOUS UROLOGICALS

<i>bethanechol chloride</i>	2	MO
CYSTAGON	4	PA; LA
ELMIRON	3	MO
<i>potassium citrate</i>	2	MO

VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES

ELECTROLYTES

<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>klor-con 10</i>	2	MO
<i>klor-con 8</i>	2	MO
<i>klor-con m10</i>	2	MO
<i>klor-con m15</i>	2	MO
<i>klor-con m20</i>	2	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	4	MO
<i>k-tab oral tablet extended release 8 meq</i>	2	MO
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	2	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	2	
<i>potassium chloride-5-0.45%nacl</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	2	
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml	2	
potassium chloride intravenous	2	
potassium chloride oral capsule, extended release	2	MO
potassium chloride oral liquid	4	MO
potassium chloride oral packet	4	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq	2	MO
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq	2	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	2	MO
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	2	
potassium chloride-0.45 % nacl	2	
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl	2	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution	2	MO
sodium chloride 3 %	2	
sodium chloride 5 %	2	MO
MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS		
AMINOSYN II 15 %	4	B/D PA
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
HEPATAMINE 8%	3	B/D PA
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	4	
PLASMA-LYTE 148	3	
PLASMA-LYTE A	3	

Nivel Nombre	Número Tier	Requerimientos / Límites
PLENAMINE	4	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	4	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	4	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA
VITAMINS / HEMATINICS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	2	
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	2	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Index

A		
abacavir	10	
abacavir-lamivudine	10	
abacavir-lamivudine- zidovudine	10	
ABELCET	10	
ABILIFY MAINTENA	32	
abiraterone	19	
acamprosate	46	
acarbose	48	
accutane	43	
acebutolol	38	
acetaminophen-caff- dihydrocod	29	
acetaminophen-codeine ..	29, 30	
acetazolamide	65	
acetic acid	48	
acetylcysteine	65	
acitretin	42	
ACTEMRA	59	
ACTEMRA ACTPEN	59	
ACTHIB (PF)	56	
ACTIMMUNE	55	
acyclovir	10, 45	
acyclovir sodium	10	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ..	56	
adefovir	10	
ADEMPAS	65	
ADVAIR DISKUS	66	
AFINITOR	19	
AFINITOR DISPERZ	19	
AJOVY AUTOINJECTOR ..	28	
AJOVY SYRINGE	28	
ala-cort	45	
albendazole	14	
albuterol sulfate	66	
alclometasone	45	
ALCOHOL PADS	48	
ALECENSA	19	
alendronate	59	
alfuzosin	68	
aliskiren	38	
allopurinol	58	
alosetron	52	
ALPHAGAN P	65	
altavera (28)	61	
ALUNBRIG	19	
alyacen 1/35 (28)	61	
alyq	66	
amabelz	61	
amantadine hcl	10	
AMBISOME	10	
ambrisentan	66	
amikacin	14	
amiloride	38	
amiloride-hydrochlorothiazide	38	
AMINOSYN II 15 %	69	
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	69	
amiodarone	37	
amitriptyline	32	
amlodipine	38	
amlodipine-benazepril	38	
amlodipine-olmesartan	38	
amlodipine-valsartan	38	
amlodipine-valsartan-hcthiazi d	38	
ammonium lactate	43	
amnestem	43	
amoxapine	32	
amoxicillin	16	
amoxicillin-pot clavulanate .	16,	
17		
amphotericin b	10	
ampicillin	17	
ampicillin sodium	17	
ampicillin-sulbactam	17	
anagrelide	46	
anastrozole	19	
apraclonidine	65	
aprepitant	52	
apri	61	
APTIOM	25	
APTIVUS	10	
aranelle (28)	61	
ARCALYST	55	
ARIKAYCE	14	
aripiprazole	32	
ARISTADA	32	
ARISTADA INITIO	32	
armodafinil	32	
asenapine maleate	32	
ASMANEX HFA	66	
ASMANEX TWISTHALER ..	66	
aspirin-dipyridamole	40	
atazanavir	10	
atenolol	38	
atenolol-chlorthalidone	38	
atomoxetine	32	
atorvastatin	41	
atovaquone	14	
atovaquone-proguanil	14	
atropine	64	
ATROVENT HFA	66	
AUBAGIO	28	
aubra eq	61	
aviane	61	
avita	43	
AVONEX	55	
AYVAKIT	19	
azathioprine	19	
azelastine	47, 64	
azithromycin	14	
aztreonam	14	
B		
bacitracin	63	
bacitracin-polymyxin b	63	
baclofen	29	
balsalazide	52	
BALVERSA	19	
BARACLUDE	11	
BCG VACCINE, LIVE (PF) ..	56	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	57	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	57	

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

BD INSULIN SYRINGE U-500.....57	BRILINTA .....40	cefadroxil .....13
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....57	brimonidine .....65	cefazolin .....13
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....57	BRIVIACT .....25	cefdinir .....13
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....57	bromocriptine .....28	cefepime .....13
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....57	BRUKINSA.....19	cefixime .....13
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....57	budesonide.....53, 66	cefoxitin .....13
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....57	bumetanide .....38	cefpodoxime .....13
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) .....57	buprenorphine hcl.....30	cefprozil .....13
BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....57	buprenorphine-naloxone.....31	ceftazidime .....13
benazepril .....38	bupropion hcl.....32	ceftriaxone .....13
benazepril-hydrochlorothiazide .....38	bupropion hcl (smoking deter) .....47	cefuroxime axetil .....13
BENLYSTA .....59	buspirone .....32	cefuroxime sodium .....13, 14
BENZNIDAZOLE .....15	butorphanol.....31	celecoxib.....31
benztropine .....27	BYDUREON BCISE .....48	CELONTIN .....25
betamethasone dipropionate .45	BYETTA .....48, 49	cephalexin.....14
betamethasone valerate .....45	C	CERDELGA.....51
BETASERON .....55	cabergoline .....51	cetirizine .....65
betaxolol.....38, 64	CABLIVI.....40	CHANTIX .....47
bethanechol chloride .....68	CABOMETYX.....19	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX .....47
bexarotene .....19	calcipotriene .....42	CHANTIX STARTING MONTH BOX .....47
BEXSERO.....56	calcitonin (salmon) .....51	CHEMET.....46
bicalutamide .....19	calcitriol.....51	CHENODAL .....53
BICILLIN C-R .....17	calcium acetate(phosphat bind) .....68	chlorhexidine gluconate.....47
BICILLIN L-A .....17	CALQUENCE.....19	chloroquine phosphate .....15
BIKTARVY .....11	camila .....61	chlorpromazine .....33
bisoprolol fumarate .....38	candesartan .....38	chlorthalidone .....38
bisoprolol-hydrochlorothiazide .....38	candesartan-hydrochlorothiazid .....38	CHOLBAM .....53
BLEPHAMIDE .....64	CAPLYTA.....32	cholestyramine (with sugar) .41
BLEPHAMIDE S.O.P.....64	CAPRELSA.....19	cholestyramine light .....41
BOOSTRIX TDAP .....56	captopril.....38	ciclopirox.....44
bosentan.....66	CARBAGLU .....46	cilostazol.....40
BOSULIF .....19	carbamazepine .....25	cimetidine .....54
BRAFTOVI.....19	carbidopa .....28	cimetidine hcl .....54
BREZTRI AEROSPHERE ..66	carbidopa-levodopa .....28	cinacalcet .....51
	carbidopa-levodopa-entacapone .....28	CINRYZE.....66
	carteolol .....64	ciprofloxacin hcl.....17, 48, 63
	cartia xt .....38	ciprofloxacin in 5 % dextrose .....18
	carvedilol .....38	ciprofloxacin-dexamethasone .....48
	caspofungin .....10	citalopram .....33
	CAYSTON .....15	claravis.....43
	caziant (28).....62	clarithromycin.....14
	cefaclor .....13	clindamycin hcl .....15

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

clindamycin in 5 % dextrose 15	cyclobenzaprine.....29	dextrose 10 % and 0.2 % nacl
clindamycin pediatric 15	cyclophosphamide .....20	47
clindamycin phosphate.. 15, 44,	CYCLOPHOSPHAMIDE ....20	dextrose 10 % in water (d10w)
61	cyclosporine.....20	47
CLINIMIX 5%/D15W	cyclosporine modified .....20	dextrose 5 % in water (d5w).47
SULFITE FREE .....69	cyred eq .....62	dextrose 5%-0.2 % sod
CLINIMIX 4.25%/D10W	CYSTADANE.....53	chloride .....47
SULF FREE .....69	CYSTAGON .....68	DIACOMIT .....26
CLINIMIX 4.25%/D5W	CYSTARAN .....64	diazepam.....26, 33
SULFIT FREE.....46	D	diazoxide.....49
CLINIMIX 5%-	d10 %-0.45 % sodium chloride	diclofenac potassium .....31
D20W(SULFITE-FREE) .69	46	diclofenac sodium.....31, 64
clobazam.....25	d2.5 %-0.45 % sodium	dicloxacillin .....17
clobetasol.....45	chloride .....46	dicyclomine .....52
clobetasol-emollient .....45	d5 % and 0.9 % sodium	diflunisal .....31
clodan .....45	chloride .....46	digitek .....42
clomipramine.....33	d5 %-0.45 % sodium chloride	digox .....42
clonazepam.....25, 26	46	digoxin .....42
clonidine .....38	dalfampridine.....28	dihydroergotamine.....28
clonidine hcl .....33, 38	DALIRESP .....66	DILANTIN 30 MG.....26
clopidogrel.....40	danazol.....51	diltiazem hcl .....38
clorazepate dipotassium .....33	dantrolene .....29	dilt-xr .....38
clotrimazole .....10, 44	dapsone .....15	dimethyl fumarate.....28, 29
clotrimazole-betamethasone.44	DAPTACEL (DTAP	DIPENTUM .....53
clovique .....46	PEDIATRIC) (PF).....56	diphenoxylate-atropine .....52
clozapine.....33	daptomycin .....15	dipyridamole.....40
COARTEM .....15	DAPTOMYCIN .....15	disulfiram .....47
colchicine .....59	DAURISMO.....20	divalproex .....26
colesevelam .....41	deblitane .....61	dofetilide.....37
colestipol .....41	deferasirox .....46	donepezil.....29
colistin (colistimethate na) ... 15	deferiprone.....46	DOPTELET (10 TAB PACK)
COMBIVENT RESPIMAT .66	DELSTRIGO.....11	40
COMETRIQ.....19	DENAVIR .....45	DOPTELET (15 TAB PACK)
COMPLERA .....11	DESCOVY .....11	40
compro.....53	desipramine .....33	DOPTELET (30 TAB PACK)
constulose .....53	desmopressin .....51	40
COPIKTRA .....19	desog-e.estradiol/e.estradiol .62	dorzolamide .....65
CORLANOR.....42	desogestrel-ethinyl estradiol.62	dorzolamide-timolol .....65
CORTIFOAM .....53	desonide.....45	dotti.....61
COTELLIC.....20	desvenlafaxine succinate .....33	DOVATO .....11
CREON .....53	dexamethasone .....48	doxazosin .....38
CRESEMBA .....10	dexamethasone sodium	doxepin .....33
cromolyn.....53, 64, 66	phosphate.....65	doxercalciferol .....51
cryselle (28).....62	dextroamphetamine-	doxy-100.....18
cyclafem 1/35 (28) .....62	amphetamine .....33	doxycycline hyclate .....18
cyclafem 7/7/7 (28) .....62		doxycycline monohydrate ....18

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

DRIZALMA SPRINKLE.....	33	entecavir	11	famciclovir.....	11
dronabinol.....	53	ENTRESTO.....	42	famotidine.....	54
drospirenone-ethinyl estradiol		enulose.....	53	FANAPT.....	33, 34
.....	62	EPCLUSA	11	FARXIGA	49
DROXIA	20	EPIDIOLEX	26	FARYDAK.....	20
droxidopa.....	47	epinastine.....	64	fayosim	62
DULERA.....	66	epinephrine	65	febuxostat	59
duloxetine	33	epitol	26	felbamate	26
DUPIXENT PEN	43	EPIVIR HBV.....	11	felodipine.....	38
DUPIXENT SYRINGE.....	43	eplerenone	38	femynor.....	62
dutasteride	68	ergotamine-caffeine.....	28	fenofibrate.....	41
E		ERIVEDGE	20	fenofibrate micronized.....	41
econazole	44	ERLEADA	20	fenofibrate nanocrystallized ..	41
EDURANT.....	11	erlotinib	20	fenofibric acid (choline)	41
efavirenz	11	errin	61	fentanyl	30
efavirenz-emtricitabin-tenofov		ertapenem	15	fentanyl citrate	30
.....	11	ery pads.....	44	FERRIPROX	47
efavirenz-lamivu-tenofov disop		ery-tab.....	14	FETZIMA.....	34
.....	11	ERYTHROCIN	14	finasteride	68
ELIQUIS	40	erythrocine (as stearate)	14	FINTEPLA	26
ELIQUIS DVT-PE TREAT		erythromycin	14, 63	FIRDAPSE	29
30D START	40	erythromycin ethylsuccinate.....	14	FIRMAGON KIT W	
ELMIRON.....	68	erythromycin with ethanol....	44	DILUENT SYRINGE	20
eluryng.....	61	ESBRIET.....	66, 67	flac otic oil	48
EMCYT.....	20	escitalopram oxalate	33	flecainide	37
EMEND.....	53	esomeprazole magnesium.....	54	fluconazole	10
emoquette	62	estarylla	62	fluconazole in nacl (iso-osm)10	
EMSAM	33	estradiol	61	flucytosine	10
emtricitabine.....	11	estradiol valerate.....	61	fludrocortisone.....	48
emtricitabine-tenofovir (tdf).....	11	estradiol-norethindrone acet.....	61	flunisolide	67
EMTRIVA.....	11	eszopiclone	33	fluocinolone.....	45, 46
EMVERM	15	ethambutol	15	fluocinolone acetonide oil ...	48
enalapril maleate	38	ethosuximide	26	fluocinolone and shower cap ..	45
enalapril-hydrochlorothiazide		ethynodiol diac-eth estradiol ..	62	fluocinonide	46
.....	38	etodolac	31	fluocinonide-e.....	46
ENBREL	59	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	61	fluoride (sodium)	70
ENBREL MINI	59	euthyrox.....	52	fluorometholone	65
ENBREL SURECLICK	59	everolimus (antineoplastic) ..	20	fluorouracil	43
endocet	30	everolimus		fluoxetine.....	34
ENERGIX-B (PF)	56	(immunosuppressive)	20	fluphenazine decanoate	34
ENERGIX-B PEDIATRIC		EVOTAZ	11	fluphenazine hcl.....	34
(PF).....	56	exemestane	20	flurbiprofen.....	31
enoxaparin	40	ezetimibe	41	flurbiprofen sodium	65
enpresse	62	ezetimibe-simvastatin	41	flutamide.....	20
enskyce	62	F		fluticasone propionate	67
entacapone	28	falmina (28)	62	fluvastatin	41

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

fluvoxamine.....	34	gentamicin in nacl (iso-osm) 15	HUMIRA PEN PSOR-
fondaparinux.....	41	GENVOYA	UVEITS-ADOL HS .....59
fosamprenavir.....	11	GILENYA	HUMIRA(CF)
fosinopril	39	GILOTTRIF.....	HUMIRA(CF) PEDI
fosinopril-hydrochlorothiazide		glatiramer.....	CROHNS STARTER .59, 60
.....	39	glatopa	HUMIRA(CF) PEN.....60
FOTIVDA	20	glimepiride.....	HUMIRA(CF) PEN
FREESTYLE FREEDOM ...	57	glipizide.....	CROHNS-UC-HS.....60
FREESTYLE FREEDOM		glipizide-metformin.....	HUMIRA(CF) PEN
LITE	57	glycopyrrolate.....	PEDIATRIC UC.....60
FREESTYLE INSULINX....	57	granisetron hcl	HUMIRA(CF) PEN PSOR-
FREESTYLE INSULINX		griseofulvin microsize	UV-ADOL HS.....60
TEST STRIPS	57	griseofulvin ultramicrosize...10	HUMULIN 70/30 U-100
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GVOKE HYPOPEN 2-PACK	INSULIN
READER.....	58	.....	HUMULIN 70/30 U-100
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GVOKE PFS 1-PACK	KWIKPEN.....49
SENSOR.....	58	SYRINGE.....	HUMULIN N NPH INSULIN
FREESTYLE LIBRE 2		H	KWIKPEN.....49
READER.....	58	halobetasol propionate.....	HUMULIN N NPH U-100
FREESTYLE LIBRE 2		haloperidol.....	INSULIN
SENSOR.....	58	haloperidol decanoate.....	HUMULIN R REGULAR U-
FREESTYLE LITE METER	58	haloperidol lactate	100 INSULN
FREESTYLE LITE STRIPS	58	HARVONI.....	HUMULIN R U-500 (CONC)
FREESTYLE PRECISION		HAVRIX (PF)	INSULIN
NEO STRIPS.....	58	heparin (porcine)	HUMULIN R U-500 (CONC)
FREESTYLE TEST	58	HEPATAMINE 8%.....	KWIKPEN.....49
furosemide	39	HETLIOZ	hydralazine
FUZEON	11	HIBERIX (PF).....	hydrochlorothiazide.....
fyavolv.....	61	HUMALOG JUNIOR	hydrocodone-acetaminophen
FYCOMPA	26	KWIKPEN U-100	30
G		HUMALOG KWIKPEN	hydrocodone-ibuprofen
gabapentin	26	INSULIN	30
galantamine	29	HUMALOG MIX 50-50	hydrocortisone
GARDASIL 9 (PF).....	56	INSULN U-100	46, 48, 53
gatifloxacin.....	64	HUMALOG MIX 50-50	hydrocortisone-acetic acid....
GATTEX 30-VIAL	53	KWIKPEN.....	48
GAUZE PAD	58	HUMALOG MIX 75-25	hydromorphone.....
gavilyte-c.....	53	KWIKPEN.....	30
gavilyte-g.....	53	HUMALOG MIX 75-25(U-	hydromorphone (pf).....
gavilyte-n.....	53	100)INSULN	30
GAVRETO.....	20	HUMALOG U-100 INSULIN	hydroxychloroquine.....
gemfibrozil	41	.....	15
generlac	53	HUMIRA.....	hydroxyurea
gengraf.....	20	HUMIRA PEN	20
gentak	64	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	hydroxyzine hcl
gentamicin	15, 44, 64	HS START	65

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

imatinib.....	21	ivermectin.....	15	lansoprazole.....	54
IMBRUVICA	21	IXIARO (PF).....	56	LANTUS SOLOSTAR U-100	
imipenem-cilastatin	15	J		INSULIN	50
imipramine hcl.....	34	JAKAFI	21	LANTUS U-100 INSULIN ..	50
imipramine pamoate	34	jantoven	41	lapatinib	21
imiquimod	43	JANUMET	50	larin 1.5/30 (21)	62
IMOVAX RABIES VACCINE		JANUMET XR.....	50	larin 1/20 (21)	62
(PF).....	56	JANUVIA.....	50	larin fe 1.5/30 (28)	62
IMPAVIDO	15	JARDIANCE.....	50	larin fe 1/20 (28)	62
incassia	61	jasmiel (28).....	62	larissia.....	62
INCRELEX	47	jinteli.....	61	latanoprost	65
indapamide	39	juleber	62	LATUDA.....	35
INFANRIX (DTAP) (PF).....	56	JULUCA.....	11	leflunomide.....	60
INFLECTRA	53	JUXTAPID	41	LENVIMA.....	21
INLYTA	21	K		lessina	62
INQOVI.....	21	KALETRA	12	letrozole	21
INREBIC	21	KALYDECO	67	leucovorin calcium	18
INSULIN PEN NEEDLE.....	58	kariva (28)	62	LEUKERAN.....	21
INSULIN SYRINGE-		kelnor 1/35 (28).....	62	LEUKINE.....	55
NEEDLE U-100	58	kelnor 1-50 (28).....	62	leuprolide	21
INTELENCE	11	ketoconazole.....	10, 44	levetiracetam.....	26
intralipid	70	ketorolac	65	levobunolol	64
INTRON A.....	55	KINRIX (PF).....	56	levocarnitine	47
introvale.....	62	KISQALI.....	21	levocarnitine (with sugar).....	47
INVEGA SUSTENNA.....	34	KISQALI FEMARA CO-		levocetirizine	65
INVEGA TRINZA.....	35	PACK	21	levofloxacin	18, 64
INVIRASE	11	klor-con 10	68	levofloxacin in d5w	18
IPOL	56	klor-con 8	68	levonest (28)	62
ipratropium bromide.....	47, 67	klor-con m10	68	levonorgestrel-ethinyl estrad	62
ipratropium-albuterol	67	klor-con m15	68	levonorg-eth estrad triphasic	62
irbesartan	39	klor-con m20	68	levora-28.....	62
irbesartan-hydrochlorothiazide		klor-con oral packet 20.....	68	levo-t.....	52
.....	39	KLOXXADO	31	levothyroxine	52
IRESSA	21	KOMBIGLYZE XR.....	50	levoxyl	52
ISENTRESS	11	KORLYM.....	51	LEXIVA	12
ISENTRESS HD	11	k-tab.....	68	lidocaine	43
isibloom.....	62	kurvelo (28)	62	lidocaine hcl.....	43
ISOLYTE S PH 7.4.....	70	KYNMOBI.....	28	lidocaine viscous	43
ISOLYTE-P IN 5 %		L		lidocaine-prilocaine	43
DEXTROSE	70	l norgest/e.estradiol-e.estrad.	62	lindane	46
isoniazid	15	labetalol	39	linezolid	15
isosorbide dinitrate	42	lactulose.....	53	linezolid in dextrose 5%	15
isosorbide mononitrate	42	lamivudine	12	liothyronine.....	52
isotretinoin.....	44	lamivudine-zidovudine	12	lisinopril.....	39
isradipine	39	lamotrigine.....	26	lisinopril-hydrochlorothiazide	
itraconazole	10	LANOXIN.....	42	.....	39

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

lithium carbonate.....	35	MEKINIST.....	22	mirtazapine	35
lithium citrate	35	MEKTOVI.....	22	misoprostol	54
LOKELMA	47	meloxicam	31	M-M-R II (PF).....	56
LONSURF.....	21	memantine	29	modafinil.....	35
loperamide.....	52	MENACTRA (PF)	56	moexipril.....	39
lopinavir-ritonavir	12	MENEST.....	61	molindone	35
lorazepam	35	MENQUADFI (PF).....	56	mometasone	46
lorazepam intensol.....	35	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		mondoxylene nl	18
LORBRENA	22	(PF).....	56	montelukast.....	67
loryna (28).....	62	mercaptopurine	22	morphine.....	30
losartan	39	meropenem	15	morphine concentrate	30
losartan-hydrochlorothiazide	39	mesalamine.....	53	MOVANTIK	53
loteprednol etabonate	65	MESNEX.....	19	moxifloxacin.....	18, 64
lovastatin	41	metformin	50	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	
low-ogestrel (28)	62	methadone	30	.....	18
loxapine succinate	35	methazolamide.....	65	MULPLETA.....	41
LUPRON DEPOT	22	methenamine hippurate	18	mupirocin.....	44
LUPRON DEPOT (3		methimazole	48	MVASI	22
MONTH).....	22	methotrexate sodium	22	MYALEPT	51
LUPRON DEPOT (4		methotrexate sodium (pf)	22	mycophenolate mofetil	22
MONTH).....	22	methoxsalen.....	43	mycophenolate sodium.....	22
LUPRON DEPOT (6		methyldopa	39	myorisan	44
MONTH).....	22	methylphenidate hcl	35	MYRBETRIQ.....	68
luteria (28).....	63	methylprednisolone	48	N	
lyllana	61	metoclopramide hcl	53	nabumetone.....	31
LYNPARZA.....	22	metolazone.....	39	nadolol	39
LYSODREN.....	22	metoprolol succinate.....	39	nafcillin.....	17
LYUMJEV KWIKPEN U-100		metoprolol ta-hydrochlorothiaz		naloxone	31
INSULIN.....	50	.....	39	naltrexone	31
LYUMJEV KWIKPEN U-200		metoprolol tartrate	39	NAMZARIC.....	29
INSULIN.....	50	metronidazole	15, 44, 61	naproxen	31
LYUMJEV U-100 INSULIN		metronidazole in nacl (iso-os)		naproxen sodium	31
.....	50	.....	15	naratriptan.....	28
lyza	61	metyrosine	39	NARCAN	31
M		mexiletine	37	NATACYN.....	64
mafenide acetate.....	44	micafungin.....	10	nateglinide	50
magnesium sulfate.....	68	microgestin 1.5/30 (21)	63	NATPARA	51
malathion.....	46	microgestin 1/20 (21)	63	NAYZILAM.....	26
marlissa (28).....	63	microgestin fe 1.5/30 (28)	63	NEEDLES, INSULIN	
MARPLAN	35	microgestin fe 1/20 (28)	63	DISP.,SAFETY	58
MATULANE	22	midodrine.....	47	nefazodone.....	35
matzim la.....	39	miglustat	51	neomycin	16
meclizine	53	mili.....	63	neomycin-bacitracin-poly-hc	65
medroxyprogesterone	61	mimvey	61	neomycin-bacitracin-	
mefloquine.....	15	minocycline	18	polymyxin.....	64
megestrol	22	minoxidil	39		

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

neomycin-polymyxin b- dexameth	65	NUBEQA	22	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	58
neomycin-polymyxin- gramicidin.....	64	NUEDEXTA	29	ONGLYZA.....	50
neomycin-polymyxin-hc 48, 65		NUPLAZID	35	ONUREG	22
NERLYNX.....	22	nyamyc	45	OPSUMIT.....	67
NEUPRO	28	nystatin	10, 45	ORENCIA	60
nevirapine	12	nystatin-triamcinolone.....	45	ORENCIA CLICKJECT	60
NEXAVAR	22	nystop	45	ORGOVYX	23
niacin	41	NYVEPRIA.....	55	ORKAMBI	67
nicardipine.....	39	O		ORLADEYO	67
NICOTROL.....	47	OCALIVA	53	orsythia	63
NICOTROL NS.....	47	octreotide acetate.....	22	oseltamivir	12
nifedipine.....	39	ODEFSEY	12	OTEZLA.....	60
nikki (28)	63	ODOMZO	22	OTEZLA STARTER.....	60
nilutamide.....	22	OFEV.....	67	oxacillin	17
nimodipine.....	39	ofloxacin.....	18, 48, 64	oxacillin in dextrose(iso-osm)	17
NINLARO	22	olanzapine.....	35	oxandrolone	51
nisoldipine	39	olmesartan	39	oxaprozin	32
nitazoxanide	16	olmesartan-amlodipin- hcthiazid	39	oxcarbazepine	26
nitisinone	47	olmesartan- hydrochlorothiazide.....	39	OXERVATE.....	64
nitro-bid.....	42	olopatadine	64	oxybutynin chloride.....	68
nitrofurantoin.....	18	omega-3 acid ethyl esters	41	oxycodone.....	30, 31
nitrofurantoin macrocrystal ..	18	omeprazole	54, 55	oxycodone-acetaminophen ...	31
nitrofurantoin monohyd/m- cryst	18	OMNIPOD DASH 5 PACK POD	58	P	
nitroglycerin	42	OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT	58	pacerone.....	37
NIVESTYM	55	OMNIPOD INSULIN REFILL	58	paliperidone	35, 36
nizatidine	54	OMNITROPE.....	55	PALYNZIQ	51
nora-be.....	61	ondansetron	53	pantoprazole	55
norethindrone (contraceptive)	61	ondansetron hcl.....	53	paricalcitol	51
norethindrone acetate	61	ONETOUCH ULTRA TEST	58	paromomycin	16
norethindrone ac-eth estradiol	61, 63	ONETOUCH ULTRA2 METER	58	paroxetine hcl	36
norgestimate-ethinyl estradiol	63	ONETOUCH ULTRAMINI.....	58	PASER.....	16
nortrel 0.5/35 (28)	63	ONETOUCH VERIO FLEX METER	58	PAXIL	36
nortrel 1/35 (21)	63	ONETOUCH VERIO IQ METER	58	PEDIARIX (PF)	56
nortrel 1/35 (28)	63	ONETOUCH VERIO METER	58	PEDVAX HIB (PF).....	56
nortrel 7/7/7 (28)	63	ONETOUCH VERIO REFLECT METER	58	peg 3350-electrolytes.....	54
nortriptyline.....	35			PEGASYS	55
NORVIR.....	12			peg-electrolyte	54
NOVOFINE 32	58			PEMAZYRE.....	23
NOVOTWIST	58			penicillamine	60
NOXAFIL	10			penicillin g potassium.....	17
				penicillin g procaine	17
				penicillin g sodium	17
				penicillin v potassium.....	17
				pentamidine	16

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

PENTASA.....	54	potassium chloride-d5- 0.9%nacl.....	69	propafenone	37
pentoxifylline	41	potassium citrate.....	68	propranolol	39
PERFOROMIST	67	pramipexole.....	28	propylthiouracil	48
perindopril erbumine	39	prasugrel	41	PROQUAD (PF).....	56
periogard.....	48	pravastatin	41	protriptyline	36
permethrin	46	praziquantel	16	PULMOZYME.....	67
perphenazine.....	36	prazosin	39	PURIXAN	23
PERSERIS.....	36	PRECISION XTRA MONITOR	58	pyrazinamide	16
phenelzine.....	36	PRECISION XTRA TEST...	58	pyridostigmine bromide.....	29
phenobarbital	26, 27	prednicarbate	46	pyrimethamine	16
phenytoin.....	27	prednisolone	48	Q	
phenytoin sodium extended..	27	prednisolone acetate	65	QINLOCK	23
PIFELTRO	12	prednisolone sodium phosphate	48, 65	QUADRACEL (PF)	56
pilocarpine hcl	47, 64	prednisone	48	quetiapine	36
pimecrolimus.....	43	prednisone intensol.....	48	quinapril.....	39
pimozide.....	36	pregabalin	27	quinapril-hydrochlorothiazide	39
pimtrea (28).....	63	premasol 10 %.....	70	quinidine sulfate	37
pindolol.....	39	prenatal vitamin oral tablet..	70	quinine sulfate	16
pioglitazone	50	prevalite	41	QVAR REDHALER	67
piperacillin-tazobactam	17	previfem.....	63	R	
PIQRAY	23	PREVYMIS.....	12	RABAVERT (PF)	56
pirmella.....	63	PREZCOBIX.....	12	raloxifene	59
piroxicam.....	32	PREZISTA	12	ramelteon	36
PLASMA-LYTE 148	70	PRIFTIN	16	ramipril	39
PLASMA-LYTE A	70	PRIMAQUINE.....	16	ranolazine	42
PLEGRIDY	55	primidone.....	27	rasagiline.....	28
PLENAMINE.....	70	PRIVIGEN	56	RAVICTI.....	47
podofilox	43	probenecid	59	reclipsen (28).....	63
polymyxin b sulf-trimethoprim	64	probenecid-colchicine	59	RECOMBIVAX HB (PF)....	56,
POMALYST	23	prochlorperazine	54	57	
portia 28.....	63	prochlorperazine maleate oral	54	RECTIV.....	54
posaconazole	10	PROCRIT	55	REGRANEX	43
potassium chlorid-d5- 0.45%nacl.....	68	procto-med hc.....	54	RELENZA DISKHALER	12
potassium chloride.....	69	procto-pak.....	54	RELISTOR	54
potassium chloride in 0.9%nacl	69	proctosol hc	54	REMICADE	54
potassium chloride in 5 % dex	69	proctozone-hc	54	repaglinide	50
potassium chloride in lr-d5...	69	progesterone micronized	61	REPATHA.....	42
potassium chloride in water..	69	PROGRAF.....	23	REPATHA PUSHTRONEX	42
potassium chloride-0.45 % nacl	69	PROLASTIN-C	47	REPATHA SURECLICK	42
potassium chloride-d5- 0.2%nacl.....	69	PROLIA.....	59	RETACRIT.....	56
		PROMACTA.....	41	RETEVMO.....	23
		promethazine	65	REVLIMID.....	23
				REXULTI.....	36
				REYATAZ	12
				ribavirin	12

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

RIDAURA.....	60	SKYRIZI	42	SUPRAX	14
rifabutin	16	sodium chloride	47	SUTENT.....	23
rifampin	16	sodium chloride 0.45 %.....	69	syeda	63
riluzole.....	47	sodium chloride 0.9 %.....	47	SYMBICORT.....	67
rimantadine.....	12	sodium chloride 3 %.....	69	SYMDEKO	67
RINVOQ	60	sodium chloride 5 %.....	69	SYMJEPI.....	65
risedronate	47, 59	sodium phenylbutyrate	47	SYMPAZAN	27
RISPERDAL CONSTA	36	sodium polystyrene sulfonate	47	SYMTUZA.....	12
risperidone.....	36	.....	47	SYNAREL.....	51
ritonavir	12	SOLTAMOX.....	23	SYNJARDY	50
rivastigmine.....	29	SOMAVERT	51	SYNJARDY XR.....	50
rivastigmine tartrate.....	29	sorine	37, 38	SYNRIBO.....	23
rizatriptan	28	sotalol	38	T	
ropinirole	28	sotalol af	38	TABLOID.....	23
rosuvastatin.....	42	SPIRIVA RESPIMAT.....	67	TABRECTA	23
ROTARIX	57	SPIRIVA WITH		tacrolimus	23, 43
ROTATEQ VACCINE	57	HANDIHALER.....	67	tadalafil (pulmonary arterial	
roweepra	27	spironolactone	39	hypertension) oral tablet 20	
ROZLYTREK	23	spironolacton-hydrochlorothiaz		mg.....	67
RUBRACA.....	23	.....	39	TAFINLAR	23
rufinamide	27	sprintec (28).....	63	TAGRISSO.....	23
RUKOBIA.....	12	SPRITAM.....	27	TALTZ AUTOINJECTOR ..	43
RUXIENCE.....	23	SPRYCEL	23	TALTZ SYRINGE	43
RYDAPT	23	sps (with sorbitol).....	47	TALZENNA.....	23
S		sronyx	63	tamoxifen	23
SAMSCA	51	ssd.....	43	tamsulosin.....	68
SANDIMMUNE	23	STELARA	43	TARGRETIN	24
SANTYL	43	STIOLTO RESPIMAT.....	67	tarina 24 fe	63
sapropterin.....	51	STIVARGA.....	23	tarina fe 1-20 eq (28)	63
scopolamine base.....	54	STRENSIQ.....	51	TASIGNA.....	24
SECUADO	36	STREPTOMYCIN	16	tazarotene.....	44
selegiline hcl.....	28	STRIBILD	12	tazicef	14
selenium sulfide.....	42	STRIVERDI RESPIMAT	67	TAZORAC	44
SELZENTRY	12	SUCRAID	54	taztia xt	39
sertraline	36	sucrafate	55	TAZVERIK	24
setlakin	63	sulfacetamide sodium	64	TDVAX	57
sevelamer carbonate	47	sulfacetamide sodium (acne) 44		TEFLARO	14
sharobel	61	sulfacetamide-prednisolone..	64	telmisartan	40
SHINGRIX (PF).....	57	sulfadiazine.....	18	telmisartan-amlodipine	40
SIGNIFOR	23	sulfamethoxazole-trimethoprim		telmisartan-hydrochlorothiazid	
sildenafil (pulmonary arterial		.....	18	.....	40
hypertension).....	67	SULFAMYLON.....	44	TEMIXYS	12
silver sulfadiazine.....	43	sulfasalazine	54	TENIVAC (PF)	57
simvastatin.....	42	sulindac.....	32	tenofovir disoproxil fumarate	
sirolimus	23	sumatriptan	28	.....	12
SIRTURO.....	16	sumatriptan succinate	28	TEPMETKO.....	24

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

terazosin	40	travoprost.....	65	valproic acid	27
terbinafine hcl.....	10	TRAZIMERA.....	24	valproic acid (as sodium salt)	
terbutaline.....	67	trazodone	37	.....	27
terconazole	61	TRECATOR.....	16	valsartan.....	40
TERIPARATIDE	59	TRELSTAR.....	24	valsartan-hydrochlorothiazide	
testosterone.....	52	treprostinil sodium.....	40	.....	40
testosterone cypionate	52	tretinoin (antineoplastic).....	24	VALTOCO	27
testosterone enanthate	52	tretinoin topical.....	44	vancomycin.....	16
TETANUS,DIPHThERIA		triamcinolone acetonide .46, 48		vandazole.....	61
TOX PED(PF)	57	triamterene-hydrochlorothiazid		VAQTA (PF)	57
tetrabenazine.....	29	.....	40	VARIVAX (PF).....	57
tetracycline	18	triderm	46	VARIZIG.....	57
THALOMID.....	24	trientine.....	47	VARUBI.....	54
THEO-24.....	67	tri-estarylla.....	63	VASCEPA.....	42
theophylline	68	trifluoperazine	37	VECAMYL	42
thioridazine.....	37	trifluridine.....	64	velivet triphasic regimen (28)	
thiothixene	37	TRIKAFTA	68	.....	63
tiadylt er.....	40	tri-legest fe.....	63	VEMLIDY.....	13
tiagabine	27	tri-lo-estarylla	63	VENCLEXTA	24
TIBSOVO.....	24	tri-lo-sprintec	63	VENCLEXTA STARTING	
tigecycline	16	trilyte with flavor packets.....	54	PACK	24
tilia fe.....	63	trimethoprim.....	18	venlafaxine	37
timolol maleate.....	40, 64	trimipramine	37	verapamil	40
tinidazole	16	TRINTELLIX.....	37	VERSACLOZ.....	37
TIVICAY	12	tri-previfem (28).....	63	VERZENIO	24
TIVICAY PD	12	tri-sprintec (28).....	63	vestura (28).....	63
tizanidine	29	TRIUMEQ.....	12	V-GO 20	58
tobramycin.....	16, 64	trivora (28).....	63	V-GO 30	58
tobramycin in 0.225 % nacl .	16	TROPHAMINE 10 %	70	V-GO 40	58
tobramycin sulfate	16	tropium.....	68	vienva	63
tobramycin-dexamethasone..	65	TRULANCE.....	54	vigabatrin.....	27
tolterodine.....	68	TRULICITY.....	51	vigadrone	27
tolvaptan	52	TRUMENBA.....	57	VIIBRYD	37
topiramate.....	27	TUKYSA.....	24	VIMPAT.....	27
toremifene.....	24	TURALIO	24	VIOKACE	54
torsemide	40	TWINRIX (PF).....	57	VIRACEPT.....	13
TOUJEO MAX U-300		TYPHIM VI	57	VIREAD	13
SOLOSTAR	51	U		VITRAKVI.....	24
TOUJEO SOLOSTAR U-300		UKONIQ	24	VIVITROL	32
INSULIN	51	unithroid	52	VIZIMPRO.....	24
tramadol.....	32	UPTRAVI.....	40	voriconazole	10
tramadol-acetaminophen	32	ursodiol.....	54	VOSEVI	13
trandolapril	40	V		VOTRIENT	24
tranexamic acid	61	valacyclovir	13	VRAYLAR.....	37
tranylcypromine	37	VALCHLOR	43	VYNDAMAX	42
travasol 10 %.....	70	valganciclovir	13	VYNDAQEL.....	42

You can find information on what the symbols and abbreviations on this table mean by going to the beginning of this table.

This drug list was last updated on 08/14/2021.

Este formulario resumido se actualizó el 08/14/2021. No hemos realizado cambios en este formulario resumido desde 08/14/2021. Esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre nuestro plan. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)/CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) Servicio al miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711, 8 a.m.-8 p.m., hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. - 8 p.m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite christushealthplan.org.

