



**Provider Partners Health Plan of Illinois
(HMO SNP)**

Formulario para 2020

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

ID del Formulario 20151, Versión 8

Este formulario se actualizó el 28 de enero de 2020. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plan of Illinois (HMO SNP) al 1-800-405-9681. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete (7) días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, y de 8 a.m. a 7 p.m. los sábados y domingos. Los fines de semana, fuera del horario de atención y los feriados nacionales se utiliza un servicio de mensajería. También puede visitar www.pphealthplan.com.

Y0135_COMFORM20_C

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 Provider Partners Health Plan of Illinois. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Provider Partners Health Plan of Illinois.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 28 de enero de 2020. Para obtener un formulario actualizado, 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 contraportada.

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 2020 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Provider Partners Health Plan of Illinois?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Provider Partners Health Plan of Illinois con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Provider Partners Health Plan of Illinois 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 Provider Partners Health Plan of Illinois y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Por lo general, si está tomando un medicamento que figura en nuestro Formulario 2020 que estaba cubierto a principios del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2020, excepto cuando salga al mercado un equivalente genérico nuevo y menos costoso o cuando se publique nueva información sobre la seguridad o eficacia de un medicamento, o bien cuando el medicamento se retire del mercado. (Consulte los puntos detallados a continuación para obtener más información sobre los cambios que afecten a los miembros que actualmente toman el medicamento). Los demás cambios al Formulario, como la eliminación de un medicamento del listado, no afectará a los miembros que actualmente estén tomando el medicamento. Continuará estando disponible con la misma estructura de costos compartidos para los miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. A continuación se enumeran los cambios en la lista de medicamentos que también afectarán a las personas que actualmente estén tomando el medicamento:

- **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 Provider Partners Health Plan of Illinois?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos 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, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, 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 en un medicamento, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 31 días.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 28 de enero de 2020. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Provider Partners Health Plan of Illinois, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y contraportada. Provider Partners Health Plan of Illinois le enviará una notificación en caso que se produzca un cambio en el Formulario a mitad de año y que implique que ya no se mantiene el medicamento. La notificación normalmente se enviará 60 días antes de que se lleva a cabo el cambio. Todas las actualizaciones del formulario se enumeran en www.pphealthplan.com, donde también se publica el formulario más reciente.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 4. 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 “Fármacos cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. 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 100. 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?

Provider Partners Health Plan of Illinois 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:** Provider Partners Health Plan of Illinois exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Provider Partners Health Plan of Illinois antes de obtener sus medicamentos con

receta. Si no consigue la autorización, es posible que Provider Partners Health Plan of Illinois no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plan of Illinois limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Provider Partners Health Plan of Illinois proporciona 30 comprimidos por receta para VIIBRYD. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Provider Partners Health Plan of Illinois 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 Provider Partners Health Plan of Illinois no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Provider Partners Health Plan of Illinois cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 4. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos 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 contraportada.

Puede pedirle a Provider Partners Health Plan of Illinois 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 Provider Partners Health Plan of Illinois?” en la página V para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

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

Si resulta que Provider Partners Health Plan of Illinois 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 Provider Partners Health Plan of Illinois. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Provider Partners Health Plan of Illinois.
- Puede solicitar que Provider Partners Health Plan of Illinois 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 Provider Partners Health Plan of Illinois?

Puede solicitarle a Provider Partners Health Plan of Illinois que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plan of Illinois 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, Provider Partners Health Plan of Illinois solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

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

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que su receta esté indicada para menos días) cuando vaya a una farmacia de la red. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo, le permitiremos resurtir su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 98 días, conforme al incremento del suministro (a menos que

usted tenga una receta emitida por menos días). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan. Si necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario (a menos que su receta esté indicada para menos días).

En el caso de los miembros que están fuera del período de transición y que experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: de un centro de atención a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de atención a largo plazo, de un hospital al domicilio, del domicilio a un centro de atención a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de atención a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos al domicilio):

Autorizaremos el resurtido temprano de un suministro para 30 días de medicamentos del Formulario en el comercio minorista y un suministro de hasta 31 días en el centro de atención a largo plazo, además de un resurtido de transición y emergencia de medicamentos que no están incluidos en el Formulario (inclusive aquellos medicamentos que están en el Formulario pero que requieren autorización previa, tratamiento escalonado, o bien que están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Provider Partners Health Plan of Illinois, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Provider Partners Health Plan of Illinois, 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 contraportada.

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 Provider Partners Health Plan of Illinois

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Provider Partners Health Plan of Illinois. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 128.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Provider Partners Health Plan of Illinois tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Beneficios estándar

- **Nivel 1 de medicamentos: 25%**

Lista de medicamentos cubiertos de Provider Partners Health Plan of Illinois

Lista de medicamentos por condición médica

ANALGESICS	4
ANESTHETICS	6
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	6
ANTIBACTERIALS	7
ANTICONVULSANTS	14
ANTIDEMENTIA AGENTS	17
ANTIDEPRESSANTS	18
ANTIEMETICS	21
ANTIFUNGALS	22
ANTIGOUT AGENTS	24
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS	24
ANTIMIGRAINE AGENTS	25
ANTIMYASTHENIC AGENTS	26
ANTIMYCOBACTERIALS	26
ANTINEOPLASTICS	27
ANTIPARASITICS	33
ANTIPARKINSON AGENTS	34
ANTIPSYCHOTICS	35
ANTIVIRALS	38
ANXIOLYTICS	43
BIPOLAR AGENTS	44
BLOOD GLUCOSE REGULATORS	44
BLOOD PRODUCTS/MODIFIERS/VOLUME EXPANDERS	47
CARDIOVASCULAR AGENTS	49
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	58
DENTAL AND ORAL AGENTS	60
DERMATOLOGICAL AGENTS	60
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	64
GASTROINTESTINAL AGENTS	68
GENETIC OR ENZYME DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	71
GENITOURINARY AGENTS	71
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)	73
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/ REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/ MODIFIERS)	74
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	81

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	81
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)	82
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	82
IMMUNOLOGICAL AGENTS	82
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	87
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS	88
MISCELLANEOUS	89
OPHTHALMIC AGENTS	89
OTIC AGENTS	92
RESPIRATORY TRACT AGENTS	93
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	98
SLEEP DISORDER AGENTS	98

Leyenda

1: Medicamentos cubiertos

BvsD: Parte B vs. Parte D. Es posible que este medicamento esté cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.

LA: Acceso limitado. Este medicamento recetado está limitado a ciertas farmacias.

MO: Habilitado para envío por correo. Esta receta también puede estar disponible por correo.

PA1: Autorización previa. Usted (o su médico) deben obtener autorización previa antes de surtir la receta de este medicamento. Sin la aprobación previa, quizás no cubramos este medicamento.

PA2: Autorización previa (solamente para nuevos comienzos). Usted (o su médico) deben obtener autorización previa antes de surtir la receta de este medicamento, a menos que haya tomado el medicamento anteriormente. Si tiene antecedentes de haber utilizado el medicamento, no necesitará conseguir autorización previa.

QL: Límite de suministro. Hay un límite en la cantidad de medicamento cubierto por receta, o en un período específico.

ST1: Terapia escalonada. En algunos casos, quizás deba probar primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.

ST2: Terapia escalonada (solamente para nuevos comienzos). En algunos casos, quizás deba probar primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que haya tomado el medicamento anteriormente. Si tiene antecedentes de haber utilizado este medicamento, no necesitará probar otros medicamentos primero.

Lista de medicamentos cubiertos de Provider Partners Health Plan of Illinois

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	1	PA1; MO; QL (10 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	1	MO
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	MO
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-60 mg</i>	1	MO
ASCOMP-CODEINE ORAL CAPSULE 50-325-40-30 MG	1	MO; QL (180 per 30 days)
BUPAP ORAL TABLET 50-300 MG	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	1	MO
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA1; MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	1	MO
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	MO
<i>hydromorphone hcl injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml, 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>meperidine hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	1	MO
<i>oxycodone-ibuprofen oral tablet 5-400 mg</i>	1	MO
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet 50-0.5 mg</i>	1	MO
TENCON ORAL TABLET 50-325 MG	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	PA1; MO; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	PA1; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	1	PA1; MO; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
ANTIADICTIVOS O FÁRMACOS PARA TRATAR EL ABUSO DE SUSTANCIAS		
ANSIOLÍTICOS O DISUASIVOS DEL ALCOHOL		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1	MO
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	MO
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	1	MO
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
TRATAMIENTOS PARA LA DEPENDENCIA DE LOS OPIÁCEOS		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	MO
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG	1	MO
FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	MO
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	1	MO
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	1	MO
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	1	MO
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	1	MO
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	1	BvsD; MO
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	PA1; MO
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>	1	MO
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	MO
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	MO
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA1; MO; QL (280 per 42 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	MO
ANTIBACTERIANOS, OTROS		

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	1	BvsD; MO
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml</i>	1	MO
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	MO
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	1	PA1; MO
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG/ML, 50 MG/ML	1	MO
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	PA1; MO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>	1	BvsD; MO
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	MO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
MONUROL ORAL PACKET 3 GM	1	MO; QL (2 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	MO
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 750-5 mg/150ml-%</i>	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%</i>	1	BvsD; MO
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 250 mg, 500 mg, 5000 mg, 750 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG	1	MO
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 2 gm</i>	1	MO
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	MO
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>	1	MO
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	BvsD; MO
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	MO
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cephalexin oral tablet 250 mg</i>	1	MO
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG	1	MO
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG	1	PA1; MO
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM	1	BvsD; MO
BETALACTÁMICOS, OTROS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM	1	BvsD; MO
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	MO
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA1; LA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	MO
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	BvsD; MO
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	MO
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	BvsD; MO
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	MO
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	MO
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	1	MO
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	BvsD; MO
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	BvsD; MO
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml, 2 gm/50ml</i>	1	BvsD; MO
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	MO
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	1	MO
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	1	MO
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	BvsD; MO
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 600 MG	1	PA1; MO
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION 2-0.25 GM/50ML, 3-0.375 GM/50ML	1	BvsD; MO
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	1	MO
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	ST1; MO
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	1	MO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	1	BvsD; MO
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	1	MO
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	1	MO
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	MO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	1	BvsD; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 500 mg/5ml (10%)</i>	1	MO
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	BvsD; MO
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	MO
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	1	BvsD; MO
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	MO
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO
SULFAMIDAS		
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	1	MO
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	MO
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	BvsD; MO
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	1	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA2; MO
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	1	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	PA2; MO
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
ROWEEPRA ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG, 750 MG	1	MO
ROWEEPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG, 750 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	1	MO; QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	MO; QL (120 per 30 days)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
BENZODIACEPINAS		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	PA2; MO
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG	1	MO
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG	1	MO
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	MO
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
MODIFICADORES DEL CANAL DE CALCIO		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	1	MO
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
INTENSIFICADORES DEL ÁCIDO GAMMA-AMINO BUTÍRICO (GABA)		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	PA2; MO
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (120 per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 300 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 300 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	PA2; LA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	PA2; LA
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	1	PA2; LA
REDUCTORES DEL GLUTAMATO		
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	1	MO
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	1	MO
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (120 per 30 days)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
FÁRMACOS DEL CANAL DE SODIO		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 800 MG	1	MO; QL (45 per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	1	PA2; MO; QL (2400 per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	PA2; MO; QL (240 per 30 days)
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	1	MO
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG	1	MO; QL (480 per 30 days)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG	1	MO; QL (240 per 30 days)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG	1	MO; QL (120 per 30 days)
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	1	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO; QL (1200 per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
FÁRMACOS CONTRA LAS DEMENCIAS		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	MO
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 & 28 MG	1	MO
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	1	MO
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	1	MO
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	MO
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA/NOREPINEFRINA		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	MO; QL (56 per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine mesylate oral capsule 7.5 mg</i>	1	MO
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	MO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	1	MO
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG, 25 MG	1	MO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	MO
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	1	MO
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	MO
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS	1	MO
ADYUVANTES PARA TERAPIA EMETÓGENA		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (8 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (12 per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	1	BvsD; MO; QL (450 per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (60 per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	MO
VARUBI ORAL TABLET 90 MG	1	BvsD; MO; QL (8 per 30 days)
ANTIFÚNGICOS		
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	BvsD; MO
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	BvsD; MO
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	1	MO
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	1	MO
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	1	MO
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	MO
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	MO
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	MO
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	MO
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	MO
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 10 mg</i>	1	MO
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	MO
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	BvsD; MO
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	PA1; MO
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	1	PA1; MO
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	1	MO
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	MO
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	MO
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG	1	MO
<i>naftifine hcl external cream 1 %, 2 %</i>	1	MO
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	MO
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	1	PA1; MO
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG	1	PA1; MO
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	MO
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	MO
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	MO
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	MO
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	MO
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	MO
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG	1	MO
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA1; MO
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)

FÁRMACOS CONTRA LA GOTA

FÁRMACOS CONTRA LA GOTA

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	MO
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	MO
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	MO
COLCRYS ORAL TABLET 0.6 MG	1	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	PA1; MO
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	1	MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	MO
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA1; MO

FÁRMACOS ANTINFLAMATORIOS

MEDICAMENTOS ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium transdermal gel 3 %</i>	1	PA1; MO; QL (300 per 365 days)
<i>diclofenac sodium transdermal solution 1.5 %</i>	1	MO; QL (450 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	1	MO
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	1	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	1	MO
<i>tolmetin sodium oral tablet 600 mg</i>	1	MO

ANTIMIGRAÑOSOS

ANTIMIGRAÑOSOS, OTROS

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	ST1; MO; QL (24 per 28 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	1	MO; QL (40 per 28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA (5-HT) 1B/1D		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	MO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	MO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	1	MO
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml</i>	1	MO
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
ANTIMIÁSTÉNICOS		
PARASIMPÁTICOMIMÉTICOS		
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	MO
ANTITUBERCULOSOS		

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
PASER ORAL PACKET 4 GM	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	MO
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG	1	MO
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	MO
ANTINEOPLÁSICOS		
ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	BvsD; MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	PA2; MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	MO
FÁRMACOS ANTIANGIOGÉNICOS		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG	1	PA1; MO
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA2; MO
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA2; MO
FÁRMACOS CONTRA METABOLITOS		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	MO
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BvsD; MO
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	1	PA2; LA
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	MO
ANTINEOPLÁSICOS		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA2; MO
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG	1	PA2; LA; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA2; LA; QL (180 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA2; LA; QL (30 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	1	PA2; MO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	PA2; MO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA2; LA
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA2; LA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA2; LA; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG	1	PA2; LA; QL (120 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA2; LA; QL (90 per 30 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA2; LA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	1	PA2; MO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA2; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	MO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA2; MO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA2; LA; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	1	PA2; MO; QL (90 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	PA2; MO
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 80 MG	1	PA2; MO
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	MO
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	MO
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	1	MO
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA2; LA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	MO
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA2; MO
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG	1	PA2; LA; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG	1	PA2; LA; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA2; MO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	1	PA2; LA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA2; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA2; MO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA2; MO
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	1	PA2; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA2; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA2; MO
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA2; MO
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA2; MO
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA2; MO
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA2; MO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA2; MO
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA2; MO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	1	PA2; LA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	1	PA2; MO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	1	PA2; MO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	1	PA2; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA2; MO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA2; MO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA2; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	MO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA2; LA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	1	PA2; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA2; LA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	MO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA2; LA; QL (180 per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	1	PA2; LA; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA2; MO
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA2; LA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	PA2; MO
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA2; MO
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA2; MO
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA2; MO
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA2; LA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	1	PA2; MO
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA2; LA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA2; MO; QL (240 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA2; MO; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA2; LA
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	PA2; MO
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	1	PA2; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA2; LA
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA2; LA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG	1	PA2; LA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA2; LA
TOLAK EXTERNAL CREAM 4 %	1	MO
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	MO
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA2; MO
TYKERB ORAL TABLET 250 MG	1	PA2; MO; QL (150 per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG	1	PA2; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA2; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA2; LA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	1	PA2; MO
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA2; MO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA2; MO; QL (30 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA2; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA2; MO
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA2; MO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA2; MO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA2; MO
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA2; LA; QL (120 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA2; LA; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA2; MO; QL (240 per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG	1	PA2; LA; QL (90 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG	1	PA2; LA; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA2; MO
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	1	PA2; MO; QL (120 per 30 days)
INHIBIDORES DE LA AROMATASA, 3ª GENERACIÓN		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	MO
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	1	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	MO
ANTIPROTOZOARIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML	1	MO; QL (180 per 30 days)
ALINIA ORAL TABLET 500 MG	1	MO; QL (6 per 30 days)
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	MO
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	1	MO
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	MO
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	MO
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	1	BvsD; MO
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	1	BvsD; MO
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>	1	MO
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA1; MO
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>lindane external shampoo 1 %</i>	1	MO
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	MO
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	MO
ANTIPARKINSONIANOS		
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	1	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG	1	PA1; LA; QL (60 per 30 days)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG	1	PA1; LA; QL (30 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	1	ST1; MO
AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	1	PA1; LA; QL (60 per 30 days)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	1	ST1; MO
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
ANTIPSIÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN O TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	MO
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST2; MO
2.ª GENERACIÓN O ATÍPICOS		
ABILIFY MANTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	ST2; MO
ABILIFY MANTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	ST2; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
ABILIFY MYCITE ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	1	ST2; MO; QL (30 per 30 days)
ABILIFY MYCITE ORAL TABLET 2 MG, 5 MG	1	ST2; MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO; QL (750 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST2; MO; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	ST2; MO; QL (8 per 180 days)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG	1	ST2; MO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML	1	ST2; MO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML, 410 MG/1.315ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.625ML	1	ST2; MO
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG	1	ST2; MO; QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 60 MG, 80 MG	1	ST2; MO; QL (60 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	ST2; LA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	ST2; LA
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	ST2; MO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST2; MO; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	ST2; MO
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	ST2; MO; QL (60 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	1	ST2; MO; QL (120 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG	1	ST2; MO; QL (60 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG	1	ST2; MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	1	ST2; MO; QL (14 per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	1	ST2; MO
ANTIVIRALES		
FÁRMACOS CONTRA CITOMEGALOVIRUS (CMV)		
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	MO
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
FÁRMACOS CONTRA LA HEPATITIS		
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	MO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	PA1; MO
FÁRMACOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	1	PA1; MO; QL (600 per 30 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	1	PA2; MO
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	1	PA2; MO
FÁRMACOS CONTRA LA HEPATITIS C (HCV), DE ACCIÓN DIRECTA		
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA1; MO
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	1	PA1; MO
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA1; MO
FÁRMACOS CONTRA LA HEPATITIS C (HCV), OTROS		
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML	1	PA1; MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	1	PA1; MO
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG	1	PA2; MO
ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	MO
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	MO
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL VIH, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA RETROTRANSCRIPTASA		
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG	1	MO
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	MO
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	MO
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	MO
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG	1	MO
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	MO
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	1	MO
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG	1	MO
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG	1	MO
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL VIH, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA RETROTRANSCRIPTASA		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	1	MO
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	1	MO
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	MO
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	MO
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	MO
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	1	MO
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG	1	MO
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM	1	MO
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL VIH, OTROS		
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	MO
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	MO
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
CRIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	MO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	MO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	MO
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	1	MO
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG	1	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	MO
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	MO
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG	1	MO
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	MO
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	MO
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	MO
ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	1	MO
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
XOFLUZA ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 20 MG, 2 X 40 MG	1	MO
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	1	MO
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL TRASTORNO BIPOLAR		
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	1	MO
REGULADORES DE LA GLUCEMIA		
ANTIDIABÉTICOS, SUMINISTROS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	MO
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	MO
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	MO
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	1	MO
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	1	MO
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
AVANDIA ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	1	MO
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG	1	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	1	ST1; MO
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	1	ST1; MO
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1	ST1; MO
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	ST1; MO
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	1	MO
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	MO
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	1	MO
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	1	MO
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	1	MO
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>repaglinide-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	1	MO
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5ML	1	MO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	MO; QL (18 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML	1	PA1; MO; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML	1	PA1; MO; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	ST1; MO
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG	1	ST1; MO
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>	1	MO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML	1	MO
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	1	MO
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	MO; QL (15 per 30 days)
FÁRMACOS GLUCÉMICOS		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG	1	MO
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG	1	MO
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	MO
INSULINAS		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	1	MO
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO
HEMODERIVADOS, MODIFICADORES O EXPANSORES DEL VOLUMEN DE LA SANGRE		
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG	1	MO
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	MO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	1	MO
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML, 95000 UNIT/3.8ML	1	MO
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	MO
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	1	MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	1	MO
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	MO
MODIFICADORES HEMATOPOYÉTICOS		
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA1; MO
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG	1	PA1; MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	1	PA1; MO; QL (360 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	1	PA1; MO
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	MO
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA1; MO
MODIFICADORES DE PLAQUETAS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	MO
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	PA1; MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325-40 MG, 81-40 MG	1	MO
FÁRMACOS CARDIOVASCULARES		
AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
BLOQUEANTES ALFA ADRENÉRGICOS		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>eprosartan mesylate oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (ECA)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	1	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
COMBINACIONES ANTIHIPERTENSIVAS		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	MO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	MO
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG, 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	MO
BLOQUEANTES BETA ADRENÉRGICOS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
BLOQUEANTES DEL CANAL DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	1	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	1	MO
TIADYL T ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG	1	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	MO
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	1	MO
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	1	PA1; MO
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	PA1; MO; QL (450 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG	1	MO; QL (30 per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG	1	MO
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG	1	MO; QL (30 per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 250 MCG	1	MO
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	1	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	1	MO
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA1; LA
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	1	PA1; MO
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2100 UNIT	1	PA1; MO
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
DIURÉTICOS, INHIBIDORES DE CARBONATO DESHIDRATASA		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	MO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5ML	1	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	1	MO
FIBRICOR ORAL TABLET 105 MG, 35 MG	1	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	MO
LIPOFEN ORAL CAPSULE 50 MG	1	MO
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	MO
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	1	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	MO
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	1	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	MO
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	1	PA1; MO
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	1	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	1	PA1; MO
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	1	PA1; MO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	1	PA1; MO
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	1	MO
VASODILADORES VENOSOS O ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	1	MO
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	MO
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	1	MO
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FÁRMACOS CONTRA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, ANFETAMINAS		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, NO ANFETAMINAS		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>	1	MO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	1	MO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 18 mg, 72 mg</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	1	PA1; LA; QL (120 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	PA1; MO
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	PA1; MO
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 284 MG/1.5ML	1	PA1; MO; QL (6 per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA1; MO; QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA1; MO; QL (120 per 30 days)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA1; MO
FÁRMACOS CONTRA LA FIBROMIALGIA		
LYRICA ORAL CAPSULE 150 MG, 75 MG	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	MO; QL (110 per 365 days)
FÁRMACOS CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA2; MO
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA2; MO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA2; MO
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA2; MO; QL (60 per 30 days)
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG	1	PA1; MO; QL (240 per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	1	PA2; MO
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	PA2; MO
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 2 MG	1	PA2; MO
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG	1	PA2; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG	1	PA2; MO
FÁRMACOS DENTALES Y BUCALES		
FÁRMACOS DENTALES Y BUCALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	MO
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	MO
FÁRMACOS DERMATOLÓGICOS		
FÁRMACOS DERMATOLÓGICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	PA1; MO
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	PA1; MO
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	1	PA1; MO
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	1	MO
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	1	MO
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	1	MO
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	MO
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	MO
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	MO
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	1	PA1; MO
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	1	PA1; MO
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	MO
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	MO
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	MO
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	MO
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	MO
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	MO
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate external liquid 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	MO
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
CLODAN EXTERNAL SHAMPOO 0.05 %	1	MO
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	MO
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	1	MO
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML	1	MO
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 %	1	ST2; MO
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	1	MO
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	1	MO
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	1	MO
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	1	MO
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>diflorasone diacetate external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>ery external pad 2 %</i>	1	MO
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	1	MO
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	MO
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	ST1; MO
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	1	MO
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	1	MO
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone ace-pramoxine rectal cream 1-1 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	MO
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	1	MO
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	PA2; MO
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	MO
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	MO
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	1	MO
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	MO
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	MO
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	MO
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	1	MO
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	MO
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	MO
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	MO
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	MO
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %, 0.05 %	1	MO
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	ST1; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>prednicarbate external cream 0.1 %</i>	1	MO
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	1	MO
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 %	1	MO
PROCTO-MED HC RECTAL CREAM 2.5 %	1	MO
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %	1	MO
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %	1	MO
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %	1	MO
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	1	MO
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	1	PA1; MO
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	MO
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	MO
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	1	MO
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	1	MO
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	ST1; MO
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	PA1; MO
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	1	PA1; MO
TAZORAC EXTERNAL GEL 0.05 %, 0.1 %	1	PA1; MO
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA1; MO
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	1	PA1; MO
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACT	1	ST1; MO
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	MO

REEMPLAZO DE ELECTROLITOS O MINERALES

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
REEMPLAZO DE ELECTROLITOS O MINERALES		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	BvsD; MO
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	1	BvsD; MO
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution 20 meq/l</i>	1	BvsD; MO
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	MO
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	1	MO
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	MO
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	1	MO
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	1	MO
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	MO
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 8 MEQ	1	MO
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ, 8 MEQ	1	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>	1	BvsD; MO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	1	BvsD; MO
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	MO
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	1	MO
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	1	BvsD; MO
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	1	MO
<i>sodium lactate intravenous solution 5 meq/ml</i>	1	BvsD; MO
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS, MINERALES Y METALES		
<i>deferasirox oral tablet 360 mg, 90 mg</i>	1	PA1; MO
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA1; MO
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA1; LA
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG, 500 MG	1	PA1; LA
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG	1	PA1; MO
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG	1	PA1; MO
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 45 & 15 MG, 60 & 30 MG, 90 & 30 MG	1	PA1; MO
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	1	MO
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	MO
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	1	PA1; MO
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	1	MO
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA1; MO
NUTRIENTES		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	BvsD; MO
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 7 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvsD; MO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	BvsD; MO
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	1	BvsD; MO
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	1	BvsD; MO
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	BvsD; MO
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	BvsD; MO
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %	1	BvsD; MO
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
<i>nutrilipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	BvsD; MO
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	1	BvsD; MO
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 6 %	1	BvsD; MO
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	1	BvsD; MO
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	1	BvsD; MO
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	1	BvsD; MO
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	BvsD; MO
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	BvsD; MO

FÁRMACOS GASTROINTESTINALES

ANTIESPASMÓDICOS GASTROINTESTINALES

<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO

FÁRMACOS GASTROINTESTINALES, OTROS

CIMZIA PREFILLED SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG/ML	1	PA1; MO
---	---	---------

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	PA1; MO
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	MO
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG	1	PA1; MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	1	MO
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA2 (H2)		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>	1	MO
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>ranitidine hcl oral syrup 75 mg/5ml</i>	1	MO
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA1; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG	1	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	MO
LAXANTES		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML	1	MO
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	MO
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM	1	MO
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	1	MO
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	MO
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	MO
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	1	MO
TRILYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	1	MO
PROTECTORES		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	1	MO
CARAFATE ORAL SUSPENSION 1 GM/10ML	1	MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	MO
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	1	ST1; MO; QL (30 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	MO

TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

REEMPLAZOS/MODIFICADORES DE ENZIMAS

CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	1	PA1; LA
CYSTADANE ORAL POWDER	1	MO
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	1	PA1; LA; QL (180 per 30 days)
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	1	PA1; LA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG	1	PA1; LA
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	MO
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	1	PA1; MO
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA1; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA1; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML	1	PA1; LA

FÁRMACOS GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	MO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	1	MO
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	1	MO
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	1	LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	MO
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG	1	MO
AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(Fe)	1	PA1; MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	MO
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	1	MO
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	1	MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	MO
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	1	MO
PRODUCTOS VAGINALES		

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
AVC VAGINAL VAGINAL CREAM 15 %	1	MO
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	1	MO
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG	1	PA1; MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	MO
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	MO
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	1	PA1; MO
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	MO
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	MO
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %	1	MO
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	1	MO

FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES

<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1	ST1; MO
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	1	MO
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
MEDROL ORAL TABLET 2 MG	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	MO
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	1	MO
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	MO
FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>	1	MO
DEMSEER ORAL CAPSULE 250 MG	1	MO
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODIFICADORES (HORMONAS O MODIFICADORES SEXUALES)		
ESTEROIDES ANABÓLICOS		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	1	MO
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA2; MO
ANDRÓGENOS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	1	PA2; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA2; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA2; MO
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	PA2; MO
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>	1	PA2; MO
ANTICONCEPTIVOS		

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
AMETHIA LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	1	MO
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	1	MO
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	1	MO
AUBRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	1	MO
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	MO
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	MO
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	1	MO
CAZIANT ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	1	MO
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	1	MO
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO
CYRED ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	1	MO
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG	1	MO
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	MO
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	1	MO
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	1	MO
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	MO
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	1	MO
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	1	MO
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	1	MO
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	1	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	1	MO
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	1	MO
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	MO
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	1	MO
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	1	MO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	1	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	1	MO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	1	MO
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	MO
OGESTREL ORAL TABLET 0.5-50 MG-MCG	1	MO
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	1	MO
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1	MO
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	1	MO
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	MO
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	1	MO
TARINA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	1	MO
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	1	MO
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	1	MO
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/125-30 MCG	1	MO
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	1	MO
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	1	MO
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	1	MO
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	1	MO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	1	MO
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	1	MO
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	1	MO
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	1	MO
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	1	MO
ESTRÓGENOS		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	1	MO
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1 MG/GM	1	MO
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL 0.52 MG/0.87 GM (0.06%)	1	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	MO
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY	1	MO
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	1	MO
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	1	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	1	MO
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	1	MO
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	MO
PROGESTINAS		
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	1	BvsD; MO
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	1	MO
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	1	MO
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	MO
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	1	MO
FÁRMACOS MODULADORES SELECTIVOS DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENOS		
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	1	MO
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	PA2; MO
FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODULADORES (HIPÓFISIS)		
FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODULADORES (HIPÓFISIS)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA1; LA
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 27.7 MCG, 55.3 MCG	1	MO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	1	PA1; MO
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	1	PA1; MO
FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODULADORES (TIROIDES)		
FÁRMACOS HORMONALES, ESTIMULANTES, DE REEMPLAZO O MODULADORES (TIROIDES)		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
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
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	MO
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	MO

FÁRMACOS HORMONALES, SUPRESORES (HIPÓFISIS)

FÁRMACOS HORMONALES, SUPRESORES (HIPÓFISIS)

KORLYM ORAL TABLET 300 MG	1	PA1; LA; QL (120 per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA1; MO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA1; LA; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	1	PA2; MO
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA1; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA1; MO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA2; MO

FÁRMACOS HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)

FÁRMACOS ANTITIROIDEOS

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	MO

FÁRMACOS INMUNOLÓGICOS

INMUNOSUPRESORES

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
AZASAN ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	1	BvsD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA1; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA1; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	BvsD; MO
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	1	BvsD; MO
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	1	BvsD; MO
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	BvsD; MO
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	BvsD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	BvsD; MO
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	1	PA2; MO
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	BvsD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	1	PA2; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	BvsD; MO
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	BvsD; MO
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	BvsD; MO
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	BvsD; MO
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA2; MO
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	1	PA2; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA1; MO
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA1; MO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA1; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA1; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA1; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	1	PA1; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA1; MO
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML	1	PA1; MO
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	1	PA1; MO
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	PA1; MO
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	1	PA1; MO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	PA1; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 40 MG/0.8ML (6 PACK), 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA1; MO
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA1; MO
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA1; MO
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA1; MO
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA1; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 2 GM/20ML	1	PA1; MO
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG	1	PA1; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	1	PA1; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA1; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA1; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA1; MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG	1	PA1; MO
VACUNAS		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	MO
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	MO
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	MO
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	1	MO
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	MO
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	1	BvsD; MO
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	BvsD; MO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	MO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	MO
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML	1	MO
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	MO
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	1	BvsD; MO
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	MO
IPOL INJECTION INJECTABLE	1	MO
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	MO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	1	MO
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	1	MO
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	MO
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	MO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	MO
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	MO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	MO
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	BvsD; MO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	BvsD; MO
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	MO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	MO
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	MO
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	BvsD; MO
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	1	BvsD; MO
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	MO
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	BvsD; MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	1	MO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	MO
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	1	MO
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML	1	PA1; MO
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	1	MO
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	1	MO

FÁRMACOS CONTRA LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

AMINOSALICILATOS

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM	1	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	MO
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 1.2 GM	1	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS CONTRA OSTEOPATÍA METABÓLICA		
FÁRMACOS CONTRA OSTEOPATÍA METABÓLICA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	MO
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg, 70 mg</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	BvsD; MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	BvsD; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	BvsD; MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 90 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	1	BvsD; MO; QL (150 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML	1	PA1; MO; QL (2.4 per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT	1	MO
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	1	PA1; LA
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	BvsD; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	ST1; MO
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	1	MO
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	PA1; MO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA1; MO; QL (1.7 per 28 days)
VARIOS		
VARIOS		
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	1	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS OFTALMOLÓGICOS		
FÁRMACOS OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	1	MO
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	1	MO; QL (60 per 30 days)
FÁRMACOS ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	MO
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	1	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	MO
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	MO
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	MO
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	1	MO
FÁRMACOS OFTÁLMICOS CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	1	MO
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	1	MO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	1	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	MO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %	1	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	MO
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)</i>	1	MO
ANTIFECCIOSOS OFTÁLMICOS		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	1	MO
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	MO
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	MO
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	MO
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	1	MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	1	MO
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	MO
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	1	MO
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	MO
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	MO
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
ANTINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	MO
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION 10-0.2 %	1	MO
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	1	MO
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	MO
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	MO
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	1	MO
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	1	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	1	MO
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %	1	MO
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	1	MO
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	1	MO
PRED-G OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-1 %	1	MO
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.6 %	1	MO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	1	MO
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	MO
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	MO
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	1	MO
ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA Y PROSTAMIDA OFTÁLMICAS		
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (5 per 25 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 20 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	MO; QL (2.5 per 20 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %	1	MO; QL (2.5 per 20 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	1	MO; QL (2.5 per 20 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %	1	MO; QL (30 per 30 days)
FÁRMACOS ÓTICOS		
FÁRMACOS ÓTICOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	MO
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	MO
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	MO

FÁRMACOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS

ANTIHIISTAMÍNICOS

<i>carbinoxamine maleate oral solution 4 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1	MO
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	1	MO
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	1	MO
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO

ANTINFLAMATORIOS, CORTICOIDES INHALABLES

ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	MO
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	1	MO
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/INH, 220 MCG/INH	1	MO
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/INH	1	MO
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	1	MO
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	1	BvsD; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST	1	MO
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	1	MO
FÁRMACOS CONTRA LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	1	ST1; MO
BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	BvsD; MO
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	BvsD; MO
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG	1	MO
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	MO
BRONCODILADORES, INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (XANTINAS)		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	1	PA1; MO
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA1; MO; QL (90 per 30 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	MO
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG	1	ST1; MO
BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	BvsD; MO
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	BvsD; MO
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	BvsD; MO
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>metaproterenol sulfate oral syrup 10 mg/5ml</i>	1	MO
PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	1	MO; QL (17 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	1	MO; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	1	MO
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
FÁRMACOS NASALES		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	1	MO
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	MO
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	1	MO
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA1; LA; QL (90 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA1; MO; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA1; LA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE 32 MG	1	PA1; LA; QL (120 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA1; LA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	PA1; LA; QL (400 per 365 days)
FÁRMACOS CONTRA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	1	PA1; MO
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG	1	PA1; MO
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA1; LA
FÁRMACOS PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS, OTROS		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	1	MO
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	MO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	1	MO
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	1	MO
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	BvsD; MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA1; MO
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	MO; QL (2 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA1; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	1	PA1; MO
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/dose, 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 250-50 mcg/dose, 500- 50 mcg/dose, 55-14 mcg/act</i>	1	MO
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG	1	PA1; MO
KALYDECO ORAL PACKET 50 MG, 75 MG	1	PA1; LA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA1; LA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA1; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA1; MO
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA1; MO
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150- 188 MG	1	PA1; LA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200- 125 MG	1	PA1; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	1	PA1; LA
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	1	MO
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA1; MO
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	1	MO
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG	1	PA1; LA
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 50-75 & 75 MG	1	PA1; MO
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH	1	MO
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG	1	PA1; MO

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	1	PA1; LA; QL (6 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA1; LA; QL (6 per 28 days)

MIORRELAJANTES

MIORRELAJANTES

<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1	MO
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	MO

FÁRMACOS CONTRA TRASTORNOS DEL SUEÑO

BENZODIACEPINAS

<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>flurazepam hcl oral capsule 15 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule 30 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	1	MO

MODULADORES RECEPTORES DE GABA

<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual 1.75 mg, 3.5 mg</i>	1	MO

TRASTORNOS DEL SUEÑO, OTROS

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos/límites
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	PA1; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	MO
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	1	PA1; LA; QL (540 per 30 days)

Encontrará una explicación del significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en la página 3 de la introducción. Formulario 20151, Versión 8. Última actualización de la información: 28 de enero de 2020. Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2020.

Listado alfabético

A		
abacavir sulfate.....	50	
abacavir sulfate-lamivudine .	50	
abacavir-lamivudine- zidovudine	50	
ABELCET.....	26	
ABILIFY MAINTENA.....	45	
ABILIFY MYCITE.....	45	
abiraterone acetate.....	33	
acamprosate calcium	6	
acarbose.....	55	
acebutolol hcl	65	
acetaminophen-codeine.....	4	
acetaminophen-codeine #3.....	4	
acetazolamide	69	
acetazolamide er.....	68	
acetic acid.....	91, 117	
acetylcysteine	119	
acitretin.....	75	
ACTHIB	108	
ACTIMMUNE	106	
acyclovir	48, 49	
acyclovir sodium	49	
ADACEL.....	108	
adapalene.....	75	
adefovir dipivoxil	48	
ADEMPAS.....	121	
ADVAIR DISKUS.....	121	
ADVAIR HFA	121	
AFINITOR	33	
AFINITOR DISPERZ.....	33	
albendazole.....	41	
albuterol sulfate	120	
albuterol sulfate er.....	119	
albuterol sulfate hfa.....	119	
alclometasone dipropionate..	75	
ALECENSA	33	
alendronate sodium	111	
alfuzosin hcl er	91	
ALINIA	41	
aliskiren fumarate	68	
allopurinol	28	
almotriptan malate.....	31	
alose tron hcl	88	
ALPHAGAN P.....	112	
alprazolam	54	
alprazolam er	53	
ALPRAZOLAM INTENSOL	54	
ALTAVERA	94	
ALUNBRIG	33	
alyacen 1/35.....	94	
AMABELZ.....	100	
amantadine hcl.....	42	
AMBISOME	26	
ambrisentan	121	
amcinonide	75	
AMETHIA.....	95	
AMETHIA LO	94	
amikacin sulfate.....	7	
amiloride hcl.....	69	
amiloride-hydrochlorothiazide	63	
AMINOSYN II.....	84	
AMINOSYN-PF.....	84	
amiodarone hcl	63	
AMITIZA	88	
amitriptyline hcl	24	
amlodipine besy-benazepril hcl	63	
amlodipine besylate.....	66	
amlodipine besylate-valsartan	63	
amlodipine-atorvastatin	68	
amlodipine-olmesartan	63	
amlodipine-valsartan-hctz	63	
ammonium lactate	75, 76	
AMNESTEEM.....	76	
amoxapine	24	
amoxicill-clarithro-lansopraz	89	
amoxicillin.....	11	
amoxicillin-pot clavulanate ..	11	
amphetamine- dextroamphetamine	73	
amphotericin b.....	26	
ampicillin.....	11	
ampicillin sodium.....	11	
ampicillin-sulbactam sodium	11	
ANADROL-50	94	
anagrelide hcl	61	
anastrozole.....	41	
ANORO ELLIPTA.....	121	
APOKYN	43	
apraclonidine hcl	113	
aprepitant	25	
APRI.....	95	
APRISO	110	
APTIOM.....	19	
APTIVUS	52	
ARANELLE	95	
ARCALYST	106	
ARIKAYCE	7	
aripiprazole	45	
armodafinil	124	
ARNUITY ELLIPTA	118	
ASCOMP-CODEINE.....	4	
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	118	
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	118	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	118	
ASMANEX HFA	118	
aspirin-dipyridamole er	61	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	55	
atazanavir sulfate	52	
atenolol	65	
atenolol-chlorthalidone.....	64	
atomoxetine hcl	73	
atorvastatin calcium.....	70	
atovaquone.....	41	
atovaquone-proguanil hcl	41	
ATRIPLA	49	
atropine sulfate	112	
AUBRA	95	
AURYXIA.....	91	
AUSTEDO	73	
AVANDIA	55	
AVC VAGINAL	92	
AVIANE.....	95	
AVITA.....	76	
AVONEX PEN.....	74	
AVONEX PREFILLED	74	
AZACTAM	10	
AZASAN	104	
AZASITE	113	
azathioprine	104	
azelastine hcl	112, 120	
azithromycin	13	
AZOPT	113	
aztreonam	10	

B		
bacitracin	113	
bacitracin-polymyxin b	114	
bacitra-neomycin-polymyxin- hc	115	
baclufen	123	
balsalazide disodium	110	
BALVERSA	34	
BALZIVA	95	
BANZEL	19	
BARACLUDE	48	
bcg vaccine	108	
BELSOMRA	124	
benazepril hcl	62	
benazepril-hydrochlorothiazide	64	
BENLYSTA	104	
benznidazole	41	
benzoyl peroxide-erythromycin	76	
buspirone mesylate	42	
BEPREVE	112	
BESIVANCE	114	
betamethasone dipropionate .	76	
betamethasone dipropionate aug	76	
betamethasone valerate	76	
BETASERON	74	
betaxolol hcl	65, 113	
bethanechol chloride	91	
bexarotene	34	
BEXSERO	108	
bicalutamide	34	
BICILLIN C-R	12	
BICILLIN C-R 900/300	11	
BICILLIN L-A	12	
BIDIL	68	
BIKTARVY	51	
bimatoprost	116	
bisoprolol fumarate	65	
bisoprolol-hydrochlorothiazide	64	
BLEPHAMIDE	115	
BLEPHAMIDE S.O.P.	115	
BLISOVI 24 FE	95	
BLISOVI FE 1.5/30	95	
BOOSTRIX	108	
bosentan	121	
BOSULIF	34	
BRAFTOVI	34	
BREO ELLIPTA	122	
briellyn	95	
BRILINTA	61	
brimonidine tartrate	113	
BRIVIACT	15	
bromfenac sodium (once-daily)	115	
bromocriptine mesylate	43	
BROMSITE	115	
budesonide	93, 118	
budesonide er	93	
bumetanide	69	
BUPAP	4	
buprenorphine hcl	7	
buprenorphine hcl-naloxone hcl	7	
bupropion hcl	21	
bupropion hcl er (smoking det)	7	
bupropion hcl er (sr)	21	
bupropion hcl er (xl)	21	
buspirone hcl	53	
butalbital-acetaminophen	4	
butalbital-apap-caff-cod	4	
butalbital-apap-caffeine	4	
butalbital-asa-caff-codeine	4	
butalbital-aspirin-caffeine	5	
butorphanol tartrate	5	
BYSTOLIC	65	
C		
cabergoline	102	
CABLIVI	61	
CABOMETYX	34	
calcipotriene	76	
calcitonin (salmon)	111	
calcitriol	76, 111	
calcium acetate (phos binder)	91	
CALQUENCE	34	
CAMILA	101	
CAMRESE LO	95	
candesartan cilexetil	62	
candesartan cilexetil-hctz	64	
CAPRELSA	34	
captopril	62	
captopril-hydrochlorothiazide	64	
CARAFATE	89	
CARBAGLU	89	
carbamazepine	15, 16	
carbamazepine er	15	
carbidopa	42	
carbidopa-levodopa	42, 43	
carbidopa-levodopa er	42	
carbidopa-levodopa- entacapone	43	
carbinoxamine maleate	117	
CAROSPIR	69	
carteolol hcl	113	
CARTIA XT	66	
carvedilol	66	
caspofungin acetate	26	
CAYSTON	10	
CAZIANT	95	
cefaclor	9	
cefadroxil	9	
cefazolin sodium	9	
cefdinir	9	
cefepime hcl	9, 12	
cefixime	9	
cefoxitin sodium	9	
cefpodoxime proxetil	9, 10	
cefprozil	10	
ceftazidime	12	
ceftriaxone sodium	10	
cefuroxime axetil	10	
cefuroxime sodium	10	
celecoxib	29	
CELONTIN	17	
cephalexin	10	
cetirizine hcl	117	
cevimeline hcl	75	
CHANTIX	7	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	7	
CHANTIX STARTING MONTH PAK	7	
chlordiazepoxide hcl	54	
chlordiazepoxide-amitriptyline	24	
chlorhexidine gluconate	75	
chloroquine phosphate	41	
chlorothiazide	69	
chlorpromazine hcl	44	
chlorthalidone	69	
chlorzoxazone	123	
cholestyramine	71	
cholestyramine light	71	
ciclopirox	26	
ciclopirox olamine	26	
cilostazol	61	
CIMDUO	50	
cimetidine	87	

cimetidine hcl	87	clonazepam.....	54	cyclosporine modified	104
CIMZIA.....	87	clonidine	61	cyproheptadine hcl.....	117
CIMZIA PREFILLED.....	86	clonidine hcl	61	CYRED.....	95
cinacalcet hcl.....	111	clonidine hcl er.....	73	CYSTADANE.....	89
CINRYZE.....	68	clopidogrel bisulfate.....	61	CYSTAGON	91
CIPRODEX.....	117	clorazepate dipotassium	54	CYSTARAN.....	112
ciprofloxacin.....	14	clotrimazole	26	D	
ciprofloxacin hcl... 14, 114, 117		clotrimazole-betamethasone.77		dalfampridine er.....	74
ciprofloxacin in d5w.....	14	clozapine.....	44	DALIRESP	119
ciprofloxacin-fluocinolone pf		COARTEM	41	danazol.....	94
.....	117	codeine sulfate.....	5	dapsone	8
citalopram hydrobromide	22	colchicine.....	28	DAPTACEL	108
CLARAVIS.....	77	colchicine-probenecid	28	daptomycin	8
clarithromycin	13	COLCRYS.....	28	darifenacin hydrobromide er	90
clarithromycin er	13	colesevelam hcl	71	DAURISMO.....	34
clemastine fumarate.....	117	colestipol hcl.....	71	DEBLITANE.....	101
CLENPIQ	88	colistimethate sodium (cba)....	8	deferasirox	83
clindamycin hcl	8	COLOCORT	77	DELSTRIGO	49
clindamycin palmitate hcl	8	COMBIGAN	113	demeclocycline hcl	15
clindamycin phos-benzoyl		COMBIVENT RESPIMAT120		DEMSEK	94
perox.....	77	COMETRIQ (100 MG DAILY		DEPEN TITRATABS	33
clindamycin phosphate	8, 77,	DOSE)	34	DEPO-PROVERA.....	101
92		COMETRIQ (140 MG DAILY		DESCOVY	50
clindamycin phosphate in d5w		DOSE)	34	desipramine hcl.....	24
.....	8	COMETRIQ (60 MG DAILY		desloratadine.....	118
CLINIMIX E/DEXTROSE		DOSE)	34	desmopressin ace spray refrig	
(2.75/5)	85	COMFORT ASSIST INSULIN		.....	102
CLINIMIX E/DEXTROSE		SYRINGE.....	55	desmopressin acetate	102
(4.25/10)	85	COMPLERA	49	desogestrel-ethinyl estradiol.95	
CLINIMIX E/DEXTROSE		COMPRO	24	desonide	78
(4.25/5)	85	CONDYLOX.....	77	desoximetasone.....	78
CLINIMIX E/DEXTROSE		constulose	88	desvenlafaxine er	22
(5/15)	85	COPIKTRA	34	desvenlafaxine succinate er ..	22
CLINIMIX E/DEXTROSE		CORLANOR	68	dexamethasone	93
(5/20)	85	cortisone acetate	94	DEXAMETHASONE	
CLINIMIX/DEXTROSE		COSENTYX (300 MG DOSE)		INTENSOL.....	93
(4.25/10)	85	.....	106	dexamethasone sodium	
CLINIMIX/DEXTROSE		COSENTYX SENSOREADY		phosphate.....	115
(4.25/5)	85	(300 MG).....	106	DEXILANT	89
CLINIMIX/DEXTROSE		COTELIC.....	34	dexmethylphenidate hcl.....	73
(5/15)	85	CREON	87	dextroamphetamine sulfate...73	
CLINIMIX/DEXTROSE		CRIVIVAN	52	dextrose.....	85
(5/20)	85	cromolyn sodium.....	112, 122	dextrose-nacl.....	82
CLINISOL SF	85	CRYSELLE-28	95	DIASTAT ACUDIAL	17
clobazam.....	17	cvs gauze sterile.....	112	DIASTAT PEDIATRIC	17
clobetasol propionate.....	77	CYCLAFEM 1/35	95	diazepam.....	17, 54
clobetasol propionate e.....	77	CYCLAFEM 7/7/7	95	diclofenac potassium	29
clobetasol propionate emulsion		cyclobenzaprine hcl.....	123	diclofenac sodium.....	29, 115
.....	77	cyclophosphamide	32	diclofenac sodium er.....	29
CLODAN	77	CYCLOSET	55	diclofenac-misoprostol	29
clomipramine hcl.....	24	cyclosporine.....	105	dicloxacillin sodium	12

dicyclomine hcl	86	ELESTRIN	101	erythromycin base	13
didanosine.....	50	eletriptan hydrobromide	31	erythromycin ethylsuccinate.	14
DIFICID	13	ELIGARD	34	ESBRIET	121
diflorasone diacetate.....	78	ELIQUIS	59	escitalopram oxalate	22
diflunisal.....	29	ELIQUIS STARTER PACK	59	ESTARYLLA.....	96
DIGITEK.....	68	ELMIRON.....	91	estazolam	124
DIGOX	68	EMCYT	34	estradiol	92, 101
digoxin.....	68	EMOQUETTE.....	95	estradiol-norethindrone acet	
dihydroergotamine mesylate	31	EMSAM	22	.....	101
DILANTIN.....	19	EMTRIVA.....	50	ethambutol hcl	32
diltiazem hcl	67	EMVERM	41	ethosuximide.....	17
diltiazem hcl er	67	enalapril maleate.....	62	ethynodiol diac-eth estradiol	96
diltiazem hcl er beads	66	enalapril-hydrochlorothiazide		etodolac.....	29
diltiazem hcl er coated beads	67	.....	64	etodolac er	29
dilt-xr.....	67	ENBREL	106	EUCRISA	78
diphenoxylate-atropine.....	87	ENBREL MINI	106	EVAMIST	101
diphtheria-tetanus toxoids dt		ENBREL SURECLICK	106	EVOTAZ	52
.....	108	ENDARI.....	89	EXEL COMFORT POINT	
dipyridamole.....	61	ENDOCET	5	PEN NEEDLE	55
disopyramide phosphate	63	ENGERIX-B	108	exemestane	41
disulfiram	6	enoxaparin sodium	59	ezetimibe.....	71
DIURIL	69	ENPRESSE-28	96	ezetimibe-simvastatin	71
divalproex sodium	17	ENSKYCE.....	96	F	
divalproex sodium er	17	entacapone	43	FALMINA.....	96
DIVIGEL.....	100	entecavir	48	famciclovir.....	49
dofetilide.....	63	ENTRESTO.....	64	famotidine.....	87
donepezil hcl	20	enulose.....	88	FANAPT.....	45
dorzolamide hcl	113	ENVARUSUS XR	105	FANAPT TITRATION PACK	
dorzolamide hcl-timolol mal		EPIDIOLEX	16	.....	45
.....	113	epinastine hcl.....	112	FARYDAK.....	35
DOVATO	52	epinephrine	122	FASENRA	122
doxazosin mesylate	62	EPITOL	16	FASENRA PEN	122
doxepin hcl	24	EPIVIR HBV	48	febuxostat	28
DOXY 100	15	eplerenone	69	felbamate	16
doxycycline hyclate.....	15	EPOGEN	60	felodipine er.....	67
doxycycline monohydrate	15	eprosartan mesylate	62	FEMYNOR.....	96
DRIZALMA SPRINKLE.....	22	ERAXIS.....	26	fenofibrate.....	70
dronabinol.....	25	ergoloid mesylates	31	fenofibrate micronized.....	70
drosiprenone-ethinyl estradiol		ergotamine-caffeine.....	31	fenofibric acid.....	70
.....	95	ERIVEDGE	35	fentanyl	4
DROXIA	33	ERLEADA	35	fentanyl citrate	5
duloxetine hcl	22	erlotinib hcl.....	35	FERRIPROX	83, 84
DUPIXENT	122	ERRIN	101	FETZIMA	23
duramorph	5	ertapenem sodium.....	10	FETZIMA TITRATION	23
DUREZOL	115	ery	78	FIASP	58
dutasteride	91	ERY-TAB.....	13	FIASP FLEXTOUCH	58
dutasteride-tamsulosin hcl....	91	ERYTHROCIN		FIASP PENFILL	58
E		LACTOBIONATE	13	FIBRICOR.....	70
econazole nitrate.....	26	ERYTHROCIN STEARATE		finasteride	91
EDURANT.....	49	.....	13	FIRDAPSE	74
efavirenz	49	erythromycin	78, 114	FIRMAGON.....	35

FIRVANQ.....	8	GAMMAPLEX	107	HUMIRA PEDIATRIC	
flavoxate hcl	90	GAMUNEX-C.....	107	CROHNS START	107
flecainide acetate	63	GARDASIL 9.....	108	HUMIRA PEN	107
FLOVENT DISKUS	118	gatifloxacin.....	114	HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
FLOVENT HFA.....	118	GAVILYTE-C.....	88	STARTER	107
fluconazole	27	GAVILYTE-N WITH		HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL	
fluconazole in sodium chloride		FLAVOR PACK	88	HS START	107
.....	27	gemfibrozil	70	hydralazine hcl.....	72
flucytosine	27	generlac	88	hydrochlorothiazide	69, 70
fludrocortisone acetate	94	GENGRAF	105	hydrocodone-acetaminophen..	5
flunisolide.....	120	GENTAK.....	114	hydrocodone-ibuprofen	5
fluocinolone acetonide .	78, 117	gentamicin in saline.....	7	hydrocortisone	79, 93
fluocinolone acetonide scalp	78	gentamicin sulfate.....	7, 79, 114	hydrocortisone ace-pramoxine	
fluocinonide.....	78, 79	GENVOYA	49	.....	79
fluocinonide emulsified base	78	GEODON	46	hydrocortisone butyrate	79
fluorometholone	115	GIANVI.....	96	hydrocortisone valerate	79
fluorouracil	35	GILENYA	74	hydrocortisone-acetic acid..	117
fluoxetine hcl.....	23	GILOTRIF.....	35	hydromorphone hcl.....	5
fluphenazine decanoate	44	glatiramer acetate	74	hydromorphone hcl er.....	4
fluphenazine hcl	44	GLEOSTINE	32	hydromorphone hcl pf	5
flurazepam hcl	124	glimepiride.....	55	hydroxychloroquine sulfate	112
flurbiprofen.....	29	glipizide	55	hydroxyurea	35
flurbiprofen sodium.....	115	glipizide er	55	hydroxyzine hcl	53
flutamide.....	35	glipizide-metformin hcl.....	55	hydroxyzine pamoate.....	53
fluticasone propionate ..	79, 120	global alcohol prep ease	55	I	
fluticasone-salmeterol	122	GLUCAGEN HYPOKIT	58	ibandronate sodium	111
fluvastatin sodium	70	GLUCAGON EMERGENCY		IBRANCE.....	35
fluvastatin sodium er	70	.....	58	IBU	29
fluvoxamine maleate	23	glyburide.....	56	ibuprofen.....	29, 30
fluvoxamine maleate er	23	glyburide micronized.....	55	ICLUSIG	35
fondaparinux sodium.....	59	glyburide-metformin	56	IDHIFA.....	35
FORTEO	111	glycopyrrolate.....	86	ILEVRO	115
FOSAMAX PLUS D.....	111	GOCOVRI.....	43	imatinib mesylate.....	35
fosamprenavir calcium	52	GOLYTELY.....	88	IMBRUVICA	35, 36
fosinopril sodium.....	62	granisetron hcl	25	imipenem-cilastatin	11
fosinopril sodium-hctz.....	64	griseofulvin microsize	27	imipramine hcl.....	24
FRAGMIN	60	griseofulvin ultramicrosize..	27	imipramine pamoate	24
FREAMINE HBC	85	guanfacine hcl.....	61	imiquimod.....	79
furosemide.....	69	guanfacine hcl er	73	IMOVAX RABIES	108
FUZEON	51	guanidine hcl	31	IMVEXXY MAINTENANCE	
FYAVOLV	101	H		PACK	92
FYCOMPA	16, 17	HAILEY 24 FE	96	IMVEXXY STARTER PACK	
G		halobetasol propionate.....	79	.....	92
gabapentin	17, 18	haloperidol.....	44	INCASSIA.....	101
galantamine hydrobromide...	20	haloperidol decanoate.....	44	INCRELEX	103
galantamine hydrobromide er		haloperidol lactate	44	indapamide	70
.....	20	HAVRIX	108	indomethacin	30
GAMMAGARD.....	106	heparin sodium (porcine).....	60	indomethacin er	30
GAMMAGARD S/D LESS		HEPATAMINE	85	INFANRIX	109
IGA.....	106	HIBERIX.....	108	INLYTA	36
GAMMAKED.....	106	HUMIRA.....	107	INREBIC	36

INTELENCE.....	49	JUNEL FE 1.5/30.....	96	LANTUS.....	58
INTRALIPID.....	85	JUNEL FE 1/20.....	96	LANTUS SOLOSTAR.....	58
INTRAROSA.....	92	JUNEL FE 24.....	96	LARIN 1.5/30.....	97
INTRON A.....	48	JYNARQUE.....	84	LARIN 1/20.....	97
INTROVALE.....	96	K		LARIN FE 1.5/30.....	97
INVEGA SUSTENNA.....	46	KALETRA.....	52	LARIN FE 1/20.....	97
INVEGA TRINZA.....	46	KALYDECO.....	122	LARISSIA.....	97
INVIRASE.....	52	KARIVA.....	96	latanoprost.....	116
INVOKAMET.....	56	KATERZIA.....	67	LATUDA.....	46
INVOKAMET XR.....	56	kcl in dextrose-nacl.....	82	LEENA.....	97
INVOKANA.....	56	kcl-lactated ringers-d5w.....	82	leflunomide.....	107
IONOSOL-MB IN D5W.....	84	KELNOR 1/35.....	97	LENVIMA (10 MG DAILY	
IPOL.....	109	KELNOR 1/50.....	97	DOSE).....	36
ipratropium bromide... 119, 121		ketoconazole.....	27	LENVIMA (12 MG DAILY	
ipratropium-albuterol.....	120	ketoprofen.....	30	DOSE).....	36
irbesartan.....	62	ketoprofen er.....	30	LENVIMA (14 MG DAILY	
irbesartan-hydrochlorothiazide		ketorolac tromethamine 30, 115		DOSE).....	36
.....	64	KINRIX.....	109	LENVIMA (18 MG DAILY	
IRESSA.....	36	KIONEX.....	84	DOSE).....	37
ISENTRESS.....	51	KISQALI (200 MG DOSE).....	36	LENVIMA (20 MG DAILY	
ISENTRESS HD.....	51	KISQALI (400 MG DOSE).....	36	DOSE).....	37
ISIBLOOM.....	96	KISQALI (600 MG DOSE).....	36	LENVIMA (24 MG DAILY	
ISOLYTE-P IN D5W.....	84	KISQALI FEMARA (400 MG		DOSE).....	37
ISOLYTE-S.....	85	DOSE).....	36	LENVIMA (4 MG DAILY	
isoniazid.....	32	KISQALI FEMARA (600 MG		DOSE).....	37
ISOPTO ATROPINE.....	112	DOSE).....	36	LENVIMA (8 MG DAILY	
isosorbide dinitrate.....	72	KISQALI FEMARA(200 MG		DOSE).....	37
isosorbide dinitrate er.....	72	DOSE).....	36	LESSINA.....	97
isosorbide mononitrate.....	72	KLOR-CON.....	82	letrozole.....	41
isosorbide mononitrate er.....	72	KLOR-CON 10.....	82	leucovorin calcium.....	37
isotretinoin.....	79	KLOR-CON M10.....	82	LEUKERAN.....	32
isradipine.....	67	KLOR-CON M15.....	82	LEUKINE.....	60
itraconazole.....	27	KLOR-CON M20.....	82	leuprolide acetate.....	37
ivermectin.....	41	KLOR-CON SPRINKLE.....	82	levalbuterol hcl.....	120
IXIARO.....	109	KORLYM.....	103	levalbuterol tartrate.....	120
J		K-TAB.....	82	LEVEMIR.....	58
JADENU.....	84	KURVELO.....	97	LEVEMIR FLEXTOUCH...58	
JADENU SPRINKLE.....	84	KUVAN.....	90	levetiracetam.....	16
JAKAFI.....	36	L		levetiracetam er.....	16
JANTOVEN.....	60	labetalol hcl.....	66	levobunolol hcl.....	113
JANUMET.....	56	lactulose.....	88	levocarnitine.....	90
JANUMET XR.....	56	lamivudine.....	48, 50	levocetirizine dihydrochloride	
JANUVIA.....	56	lamivudine-zidovudine.....	50	.....	118
JARDIANCE.....	56	lamotrigine.....	18	levofloxacin.....	14, 114
JASMIEL.....	96	lamotrigine er.....	18	levofloxacin in d5w.....	14
JINTELI.....	101	lamotrigine starter kit-blue... 18		LEVONEST.....	97
JUBLIA.....	27	lamotrigine starter kit-green . 18		levonorgest-eth estrad 91-day	
JULEBER.....	96	lamotrigine starter kit-orange		.....	97
JULUCA.....	50	.....	19	levonorgestrel-ethinyl estrad	
JUNEL 1.5/30.....	96	lansoprazole.....	89	97	
JUNEL 1/20.....	96	lanthanum carbonate.....	91	levonorg-eth estrad triphasic	
				97	
				LEVORA 0.15/30 (28).....	97

LEVO-T	103	LYSODREN.....	37	methyltestosterone.....	94
levothyroxine sodium.....	103	LYZA	101	metoclopramide hcl	87
LEVOXYL.....	103	M		metolazone.....	70
LEXIVA.....	52	magnesium sulfate.....	82	metoprolol succinate er.....	66
LIALDA	110	malathion	42	metoprolol tartrate	66
lidocaine	6	maprotiline hcl.....	21	metoprolol-	
lidocaine hcl	6	marlissa.....	98	hydrochlorothiazide.....	64
lidocaine hcl (pf)	6	MARPLAN	22	metronidazole	8, 80, 92
lidocaine hcl urethral/mucosal	6	MATULANE.....	38	metronidazole in nacl	8
lidocaine viscous hcl	75	MAVYRET	48	mexiletine hcl	63
lidocaine-prilocaine.....	6	MAYZENT	74	miconazole 3.....	92
lindane	42	meclizine hcl.....	24	MICROGESTIN 1.5/30.....	98
linezolid.....	8	meclofenamate sodium.....	30	MICROGESTIN 1/20.....	98
LINZESS.....	88	MEDROL	93	MICROGESTIN FE 1.5/30..	98
liothyronine sodium.....	103	medroxyprogesterone acetate		MICROGESTIN FE 1/20.....	98
LIPOFEN	70	.....	98, 102	midodrine hcl.....	61
lisinopril	62	mefloquine hcl.....	42	miglitol	56
lisinopril-hydrochlorothiazide		megestrol acetate	102	miglustat	90
.....	64	MEKINIST.....	38	MILI	98
lithium	54	MEKTOVI.....	38	MIMVEY	101
lithium carbonate.....	54	meloxicam	30	minocycline hcl	15
lithium carbonate er.....	54	memantine hcl	21	minoxidil.....	72
LITHOSTAT.....	91	memantine hcl er	21	mirtazapine	21
LIVALO	70	MENACTRA.....	109	misoprostol	89
LOKELMA	84	MENEST	101	MITIGARE.....	29
LONSURF.....	37	MENVEO.....	109	M-M-R II.....	109
loperamide hcl	87	meperidine hcl	5	modafinil.....	124
lopinavir-ritonavir	52	meprobamate	53	moexipril hcl.....	62
lorazepam	54	mercaptopurine.....	33	molindone hcl	44
LORBRENA	37	meropenem	11	mometasone furoate.....	80
LORYNA	97	mesalamine.....	110	montelukast sodium....	118, 119
losartan potassium.....	62	MESNEX.....	38	MONUROL.....	8
losartan potassium-hctz	64	METADATE ER.....	73	morphine sulfate	5
LOTEMAX	115	metaproterenol sulfate	120	morphine sulfate (concentrate)	
LOTEMAX SM.....	116	metformin hcl	56	.....	5
loteprednol etabonate	116	metformin hcl er	56	morphine sulfate er.....	4
lovastatin	70	methadone hcl.....	4	morphine sulfate er beads.....	4
LOW-OGESTREL.....	97	methazolamide.....	69	MOVANTIK	87
loxapine succinate	44	methenamine hippurate	8	MOXEZA	114
LUMIGAN.....	116	methimazole	104	moxifloxacin hcl.....	14, 114
LUPRON DEPOT (1-		methocarbamol	123	moxifloxacin hcl in nacl	14
MONTH).....	37	methotrexate	105	MULTAQ.....	63
LUPRON DEPOT (3-		methotrexate sodium	105	mupirocin.....	80
MONTH).....	37	methotrexate sodium (pf)	33	mupirocin calcium	80
LUPRON DEPOT (4-		methoxsalen rapid.....	80	MYCAMINE.....	27
MONTH).....	37	methyldopa	61	mycophenolate mofetil	105
LUPRON DEPOT (6-		methylphenidate.....	64	mycophenolate sodium.....	105
MONTH).....	37	hydrochlorothiazide.....	64	MYORISAN.....	80
LUTERA	98	methylphenidate hcl	73	MYRBETRIQ.....	90
LYNPARZA.....	37	methylphenidate hcl er	73	MYTESI	87
LYRICA	18, 74	methylprednisolone	93		

N		
nabumetone	30	
nadolol	66	
nafticillin sodium.....	12	
naftifine hcl	27	
naloxone hcl	6	
naltrexone hcl	6	
NAMENDA XR TITRATION		
PACK	21	
NAMZARIC	21	
naproxen	30	
naproxen dr.....	30	
naproxen sodium	30	
naratriptan hcl.....	31	
NARCAN	6	
NATACYN	27	
nateglinide	56	
NATPARA	111	
NAYZILAM	17	
NEBUPENT	42	
NECON 0.5/35 (28)	98	
nefazodone hcl.....	21	
neomycin sulfate	7	
neomycin-bacitracin zn-		
polymyx.....	114	
neomycin-polymyxin-		
dexameth	116	
neomycin-polymyxin-		
gramicidin.....	114	
neomycin-polymyxin-hc ...	116,	
117		
NEO-POLYCIN	114	
NEPHRAMINE	86	
NERLYNX	38	
NEUPRO	43	
nevirapine	49	
nevirapine er.....	49	
NEXAVAR	38	
niacin er (antihyperlipidemic)		
.....	71	
NIACOR	71	
nicardipine hcl	67	
NICOTROL	7	
NICOTROL NS	7	
nifedipine.....	67	
nifedipine er.....	67	
nifedipine er osmotic release	67	
NIKKI	98	
nilutamide.....	38	
NINLARO	38	
NITRO-BID	72	
NITRO-DUR	72	
nitrofurantoin.....	8	
nitrofurantoin macrocrystal ...	8	
nitrofurantoin monohyd macro		
.....	8	
nitroglycerin	72	
nizatidine	88	
NOCDURNA	103	
NORA-BE	102	
norethin ace-eth estrad-fe	98	
norethindrone.....	102	
norethindrone acetate	102	
norethindrone acet-ethinyl est		
.....	98	
norethindrone-eth estradiol.	101	
norethin-eth estradiol-fe	98	
norgestimate-eth estradiol ...	98	
norgestim-eth estrad triphasic		
.....	98	
NORMOSOL-M IN D5W	84	
NORMOSOL-R IN D5W	84	
NORMOSOL-R PH 7.4	86	
NORTHERA	68	
NORTREL 0.5/35 (28)	98	
NORTREL 1/35 (21)	99	
NORTREL 1/35 (28)	99	
NORTREL 7/7/7	99	
nortriptyline hcl	24	
NORVIR	52	
NOVOLIN 70/30	58	
NOVOLIN N	58	
NOVOLIN R	58	
NOVOLOG	59	
NOVOLOG FLEXPEN	59	
NOVOLOG MIX 70/30	59	
NOVOLOG MIX 70/30		
FLEXPEN	59	
NOVOLOG PENFILL	59	
NOXAFIL	27	
NUBEQA	38	
NUCALA	122	
NUEDEXTA	73	
NUPLAZID	46	
nutrilipid	86	
NYAMYC	28	
nystatin	28	
nystatin-triamcinolone.....	80	
NYSTOP	28	
O		
OCELLA	99	
OCTAGAM	107	
octreotide acetate	104	
ODEFSEY	51	
ODOMZO	38	
OFEV	121	
ofloxacin	14, 114, 117	
OGESTREL	99	
olanzapine.....	46	
olanzapine-fluoxetine hcl	55	
olmesartan medoxomil	62	
olmesartan medoxomil-hctz .	64	
olmesartan-amlodipine-hctz .	65	
olopatadine hcl.....	112	
omega-3-acid ethyl esters	71	
omeprazole	89	
OMNITROPE	103	
ondansetron.....	26	
ondansetron hcl.....	25	
OPSUMIT	121	
ORAVIG	28	
ORFADIN	90	
ORKAMBI	122, 123	
orphenadrine citrate er	124	
ORSYTHIA	99	
oseltamivir phosphate	53	
OSPHENA	92	
OTREXUP	105	
oxacillin sodium	12	
oxacillin sodium in dextrose.	12	
oxandrolone	94	
oxaprozin	30	
oxazepam	54	
oxcarbazepine	19	
OXTELLAR XR	19, 20	
oxybutynin chloride.....	90	
oxybutynin chloride er.....	90	
oxycodone hcl.....	5	
oxycodone-acetaminophen	5	
oxycodone-aspirin	6	
oxycodone-ibuprofen.....	6	
oxymorphone hcl	6	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		
MG/DOSE)	56	
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	57	
P		
paliperidone er	46	
PANRETIN	38	
pantoprazole sodium.....	89	
paricalcitol	111	
paromomycin sulfate	7	
paroxetine hcl	23	
paroxetine hcl er	23	

paroxetine mesylate.....	23	piroxicam.....	30	PROCTOFOAM HC	80
PASER	32	PLASMA-LYTE 148	86	PROCTO-MED HC.....	80
PAXIL	23	PLASMA-LYTE A	86	PROCTO-PAK.....	81
PAZEO	112	PLENAMINE.....	86	PROCTOSOL HC	81
PEDIARIX	109	podofilox	80	PROCTOZONE-HC.....	81
PEDVAX HIB.....	109	polymyxin b-trimethoprim .	114	progesterone micronized	102
peg 3350/electrolytes.....	88	POMALYST	38	PROGLYCEM	58
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.	89	PORTIA-28	99	PROGRAF.....	105
peg-3350/electrolytes	89	posaconazole	28	PROLASTIN-C	123
PEGANONE	20	potassium chloride.....	83	PROLENSA	116
PEGASYS	48	potassium chloride crys er....	82	PROLIA.....	111
PEGASYS PROCLICK	48	potassium chloride er.....	83	PROMACTA.....	60
penicillin g pot in dextrose ...	12	potassium chloride in dextrose		promethazine hcl	25
penicillin g potassium.....	12	.....	83	promethazine-phenylephrine	
penicillin g sodium.....	12	potassium chloride in nacl....	83	.....	123
penicillin v potassium.....	12	potassium citrate er.....	83	PROMETHEGAN.....	25
PENTAM	42	PRALUENT	71	propafenone hcl	63
pentazocine-naloxone hcl.....	6	pramipexole dihydrochloride	43	proparacaine hcl.....	6
pentoxifylline er	60	prasugrel hcl	61	propranolol hcl.....	66
perindopril erbumine	62	pravastatin sodium.....	70	propranolol hcl er	66
permethrin	42	prazosin hcl.....	62	propranolol-hctz	65
perphenazine.....	44	PRED-G.....	116	propylthiouracil	104
perphenazine-amitriptyline...	45	PRED-G S.O.P.	116	PROQUAD.....	109
PERSERIS.....	46	prednicarbate	80	PROSOL.....	86
PHENADOZ	25	prednisolone	93	protriptyline hcl	24
phenelzine sulfate.....	22	prednisolone acetate	116	PULMOZYME.....	123
phenobarbital	16	prednisolone sodium phosphate		PURIXAN	33
phenoxybenzamine hcl.....	69	.....	93, 116	pyrazinamide	32
phenytoin.....	20	prednisone	93	pyridostigmine bromide.....	32
phenytoin sodium extended..	20	PREDNISONE INTENSOL.	93	Q	
PHOSPHOLINE IODIDE..	113	preferred plus insulin syringe		QUADRACEL	109
PICATO	80	.....	55	QUDEXY XR.....	19
PIFELTRO	49	pregabalin	18, 74	quetiapine fumarate	46
pilocarpine hcl.....	75, 113	PREMARIN	102	quetiapine fumarate er	46
pimecrolimus.....	80	PREMASOL.....	86	quinapril hcl.....	63
pimozide.....	45	PREMPHASE	102	quinapril-hydrochlorothiazide	
PIMTREA	99	PREMPRO	102	.....	65
pindolol.....	66	prenatal	83	quinidine sulfate	63
pioglitazone hcl	57	PREVALITE	71	quinine sulfate	42
pioglitazone hcl-glimepiride	57	PREVIFEM	99	R	
pioglitazone hcl-metformin hcl		PREZCOBIX.....	53	RABAVERT.....	109
.....	57	PREZISTA	52, 53	raloxifene hcl	102
piperacillin sod-tazobactam so		PRIFTIN.....	32	ramelteon	124
.....	12	primaquine phosphate.....	42	ramipril	63
PIQRAY (200 MG DAILY		primidone.....	16	ranitidine hcl	88
DOSE)	38	PROAIR HFA	120	ranolazine er	68
PIQRAY (250 MG DAILY		PROAIR RESPICLICK	120	rasagiline mesylate	43
DOSE)	38	probenecid	29	RASUVO.....	105
PIQRAY (300 MG DAILY		PROCALAMINE	86	RAVICTI.....	90
DOSE)	38	prochlorperazine	25	RECLIPSEN.....	99
PIRMELLA 1/35.....	99	prochlorperazine maleate	25, 45	RECOMBIVAX HB.....	109

RECTIV	81	SAVELLA TITRATION		SUBOXONE	7
REGRANEX	81	PACK	74	sucralfate.....	89
RELENZA DISKHALER....	53	scopolamine.....	25	sulfacetamide sodium	114
RELI-ON INSULIN		selegiline hcl.....	44	sulfacetamide sodium (acne) 14	
SYRINGE.....	55	selenium sulfide.....	81	sulfacetamide-prednisolone 116	
repaglinide.....	57	SELZENTRY	52	sulfadiazine.....	14
repaglinide-metformin hcl....	57	SEREVENT DISKUS	120	sulfamethoxazole-trimethoprim	
REPATHA	72	sertraline hcl	23	.....	14
REPATHA PUSHTRONEX		SETLAKIN	99	SULFAMYLON.....	81
SYSTEM.....	71	sevelamer carbonate	92	sulfasalazine	110, 111
REPATHA SURECLICK....	72	SHAROBEL.....	102	sulindac.....	30
RESCRIPTOR.....	49	SHINGRIX.....	109	sumatriptan succinate	31
RESTASIS	112	SIGNIFOR.....	104	sumatriptan succinate refill...31	
RETACRIT	60	sildenafil citrate	119	SUPRAX	10
REVLIMID	33	SILENOR	125	SUPREP BOWEL PREP KIT	
REXULTI.....	47	silodosin.....	91	.....	89
REYATAZ	53	silver sulfadiazine.....	81	SUTENT.....	39
RHOPRESSA.....	113	SIMBRINZA	113	SYEDA.....	99
ribavirin	48	simvastatin.....	71	SYLATRON.....	48
rifabutin	32	sirolimus	105	SYMDEKO	123
rifampin	32	SKYRIZI (150 MG DOSE) 107		SYMFI.....	50
RIFATER	32	sodium chloride	83, 84	SYMFI LO.....	50
riluzole.....	73	sodium fluoride.....	83	SYMLINPEN 120	57
rimantadine hcl.....	53	sodium lactate.....	83	SYMLINPEN 60	57
RINVOQ	107	sodium polystyrene sulfonate		SYMPAZAN	17
RIOMET.....	57	.....	84	SYMTUZA.....	50
risedronate sodium	111	sofosbuvir-velpatasvir	48	SYNAREL.....	104
RISPERDAL CONSTA	47	solifenacin succinate.....	90	SYNJARDY	57
risperidone.....	47	SOLQUA	57	SYNJARDY XR.....	57
ritonavir	53	SOLTAMOX.....	102	SYNRIBO.....	39
rivastigmine.....	20	SOMATULINE DEPOT	104	SYNTHROID	103
rivastigmine tartrate.....	20	SOMAVERT	104	T	
rizatriptan benzoate	31	SORINE.....	66	TABLOID.....	33
ropinirole hcl	43	sotalol hcl	66	tacrolimus	81, 106
ropinirole hcl er	43	sotalol hcl (af).....	66	TAFINLAR	39
rosuvastatin calcium.....	71	SPIRIVA HANDIHALER .	119	TAGRISSE.....	39
ROTARIX	109	SPIRIVA RESPIMAT.....	119	TALZENNA	39
ROTATEQ	109	spironolactone	69	tamoxifen citrate	39
ROWEEPRA.....	16	spironolactone-hctz	65	tamsulosin hcl.....	91
ROWEEPRA XR	16	SPRINTEC 28	99	TARGRETIN	39
ROZLYTREK	38	SPRITAM.....	16	TARINA 24 FE	99
RUBRACA.....	38	SPRYCEL	39	TARINA FE 1/20	99
RUCONEST.....	68	SPS	84	TASIGNA.....	39
RYDAPT.....	38	SRONYX.....	99	TAVALISSE	60
RYTARY	43	SSD.....	81	tazarotene.....	81
S		stavudine.....	50	TAZORAC	81
SAMSCA	84	STELARA	107	TAZTIA XT	67
SANDIMMUNE	105	STIOLTO RESPIMAT.....	123	TDVAX	109
SANTYL	81	STIVARGA.....	39	TECFIDERA	75
SAPHRIS	47	streptomycin sulfate	7	TEFLARO	10, 13
SAVELLA.....	74	STRIBILD	51	TEGSEDI	74

TEKTURNA HCT	65	trandolapril	63	TYPHIM VI.....	110
telmisartan	62	trandolapril-verapamil hcl er	65	U	
telmisartan-amlodipine.....	65	tranexamic acid.....	60	UCERIS	82
telmisartan-hctz	65	TRANSDERM-SCOP (1.5		ULORIC	29
temazepam.....	124	MG)	25	UNITHROID	103
TENCON.....	6	tranylcyproamine sulfate.....	22	UPTRAVI.....	121
TENIVAC	110	TRAVASOL.....	86	ursodiol	87
tenofovir disoproxil fumarate		TRAVATAN Z.....	116	V	
.....	51	trazodone hcl	21	valacyclovir hcl	49
terazosin hcl.....	62	TRECATOR.....	32	VALCHLOR	39
terbinafine hcl.....	28	TRELEGY ELLIPTA.....	123	valganciclovir hcl	47
terbutaline sulfate	120	TRELSTAR MIXJECT	104	valproic acid	18
terconazole	92	TRESIBA	59	valsartan.....	62
testosterone.....	94	TRESIBA FLEXTOUCH.....	59	valsartan-hydrochlorothiazide	
testosterone cypionate	94	tretinoin	39, 81	.....	65
testosterone enanthate	94	TREXALL.....	106	vancomycin hcl.....	9
tetrabenazine.....	74	triamcinolone acetonide .75, 81		vancomycin hcl in dextrose	8
tetracycline hcl	15	triamterene-hctz.....	65	vancomycin hcl in nacl	9
THALOMID.....	33	triazolam.....	124	VANDAZOLE	92
theophylline.....	119	trientine hcl.....	84	VAQTA	110
theophylline er.....	119	TRI-ESTARYLLA.....	99	VARIVAX.....	110
thioridazine hcl.....	45	trifluoperazine hcl.....	45	VARIZIG.....	110
thiothixene	45	trifluridine.....	115	VARUBI.....	26
TIADYLT ER	67	trihexyphenidyl hcl.....	42	VASCEPA.....	72
tiagabine hcl	18	TRIKAFTA	123	VELIVET	100
TIBSOVO.....	39	TRI-LEGEST FE.....	100	VELPHORO.....	92
tigecycline	8	TRI-LO-ESTARYLLA	100	VEMLIDY.....	48
TIGLUTIK	74	TRILYTE	89	VENCLEXTA	40
timolol maleate.....	66, 113	trimethobenzamide hcl	26	VENCLEXTA STARTING	
tinidazole	8	trimethoprim.....	8	PACK	40
TIVICAY	52	TRI-MILI.....	100	venlafaxine hcl.....	24
tizanidine hcl	124	trimipramine maleate.....	24	venlafaxine hcl er	23
tobramycin.....	7, 115	TRINTELLIX.....	22	verapamil hcl	67
tobramycin sulfate	7	TRI-PREVIFEM	100	verapamil hcl er	67
tobramycin-dexamethasone	116	TRI-SPRINTEC	100	VERSACLOZ.....	45
TOLAK	39	TRIUMEQ.....	51	VERZENIO	40
tolbutamide.....	57	TRIVORA (28).....	100	VICTOZA.....	57
tolmetin sodium.....	30	TRI-VYLIBRA	100	VIDEX.....	51
tolterodine tartrate	91	TRI-VYLIBRA LO	100	VIDEX EC.....	51
tolterodine tartrate er	90	TROKENDI XR	19	VIENVA	100
topiramate.....	19	TROPHAMINE.....	86	vigabatrin.....	18
topiramate er.....	19	tropium chloride.....	91	VIGADRONE	18
toremifene citrate.....	39	tropium chloride er.....	91	VIIBRYD	22
torsemide	69	TRULICITY.....	57	VIIBRYD STARTER PACK	
TOUJEO MAX SOLOSTAR		TRUMENBA.....	110	.....	22
.....	59	TRUVADA	51	VIMPAT.....	20
TOUJEO SOLOSTAR	59	TURALIO	39	VIRACEPT.....	53
TPN ELECTROLYTES	86	TWINRIX.....	110	VIREAD	51
TRACLEER	121	TYBOST	52	VITRAKVI.....	40
tramadol hcl.....	6	TYKERB	39	VIVITROL	6
tramadol-acetaminophen	6	TYMLOS.....	112	VIZIMPRO.....	40

voriconazole	28	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	40	ZENPEP	87
VOSEVI	48	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	40	ZERBAXA	10
VOTRIENT	40	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	40	zidovudine	51
VRAYLAR.....	47	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	40	zileuton er	119
VYFEMLA.....	100	XTANDI.....	40	ZIOPTAN	117
VYLIBRA	100	XULTOPHY	58	ziprasidone hcl.....	47
VYNDAMAX	68	XYREM.....	125	ZIRGAN	47
VYZULTA	117	Y		ZOLINZA.....	41
W		YF-VAX.....	110	zolmitriptan.....	31
warfarin sodium.....	60	YONSA	40	zolpidem tartrate	124
WYMZYA FE.....	100	YOSPRALA.....	61	zolpidem tartrate er.....	124
X		YUVAFEM	92	zonisamide	17
XALKORI.....	40	Z		ZORTRESS	106
XARELTO	60	zafirlukast	119	ZOSTAVAX.....	110
XARELTO STARTER PACK	60	zaleplon	124	ZOSYN.....	13
XATMEP	106	ZARAH	100	ZOVIA 1/35E (28)	100
XELJANZ	108	ZARXIO.....	61	ZYDELIG.....	41
XELJANZ XR.....	108	ZEJULA	40	ZYFLO	119
XGEVA.....	112	ZELBORAF	40	ZYKADIA.....	41
XIFAXAN.....	9	ZENATANE.....	82	ZYLET	116
XOFLUZA	53			ZYPREXA RELPREVV	47
XOLAIR.....	123			ZYTIGA	41
XOSPATA	40				