

Índice

ANTINEOPLASTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER.....	20
ANTITOXINS,IMMUNE GLOB,TOXOIDS,VACUNAS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA INMUNE	22
AUTONOMIC DRUGS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO	28
BLOOD FORMATION, COAGULATION, THROMBOSIS - MEDICAMENTOS PARA LA SANGRE	34
CARDIOVASCULAR DRUGS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN	38
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO.....	53
CONTRACEPTIVES (E.G. FOAMS, DEVICES) - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER.....	65
DEVICES - MATERIAL MÉDICO Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	66
AGENTES DE DIAGNÓSTICO	67
BALANCE HIDROELECTROLÍTICO Y CALÓRICO	67
PREPARACIONES PARA OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (EENT)	72
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES	77
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - MEDICAMENTOS PARA EL ESTÓMAGO	78
GOLD COMPOUNDS.....	83
HEAVY METAL ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS REDUCTORES DE HIERRO.....	83
HORMONAS AND SYNTHETIC SUBSTITUTES - HORMONAS	83
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS.....	96
OXYTOCICS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER	100
RESPIRATORY TRACT AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LOS PULMONES	100
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL.....	108
SMOOTH MUSCLE RELAXANTS - MEDICAMENTOS RELAJANTES MUSCULARES	117
VITAMINS	118



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE MAYO DE 2020

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ANTI-HISTAMINE DRUGS - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
ETHANOLAMINE DERIVATIVES - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
BENADRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5 ML (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
CHILDREN'S WAL-DRYL ALLERGY ORAL PREFILLED SPOON 12.5 MG/5 ML (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral syrup 12.5 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
NIGHTTIME SLEEP AID (DIPHEN) ORAL TABLET 25 MG (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
FIRST GEN. ANTIHIST. DERIVATIVES, MISC. - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	F	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	F	
FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
BENADRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5 ML (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
CHILDREN'S WAL-DRYL ALLERGY ORAL PREFILLED SPOON 12.5 MG/5 ML (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	F	
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet extended release 12 mg</i>	F	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	F	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	F	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral syrup 12.5 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
ED CHLORPED JR ORAL SYRUP 2 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
NIGHTTIME SLEEP AID (DIPHEN) ORAL TABLET 25 MG (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
PHENOTHIAZINE DERIVATIVES - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	F	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	F	
<i>phenylephrine hcl/promethazine hcl</i> (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 ML)	F	
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	F	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 50 Mg)	F	
PIPERAZINE DERIVATIVES - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	F	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>meclizine oral tablet, chewable 25 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
PROPYLAMINE DERIVATIVES - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	F	
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet extended release 12 mg</i>	F	
DIMETAPP COLD-ALLERGY (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl</i>)	F	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
ED CHLORPED JR ORAL SYRUP 2 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate</i>)	F	
LOHIST - D ORAL LIQUID 2-30 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
NOHIST-DM ORAL LIQUID 4-10-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
PEDIATRIC COUGH AND COLD ORAL LIQUID 1-15-5 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine/dextromethorphan</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
RITIFED ORAL SYRUP 1.25-30 MG/5 ML (<i>triprolidina hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
RYNEX PSE ORAL LIQUID 1-15 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (120 ML por 30 días)
SCOT-TUSSIN DM ORAL LIQUID 2-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/dextromethorphan hbr</i>)	F	
SINUS CONGESTION-PAIN(CHLORPH) ORAL TABLET 2-5-325 MG (<i>phenylephrine hcl/acetaminophen/chlorpheniramine</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
WAL-ACT D COLD AND ALLERGY ORAL TABLET 2.5-60 MG (<i>triprolidina hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
WAL-PHED ORAL TABLET 4-60 MG (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
ALAVERT D-12 ALLERGY-SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 5-120 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	F	
<i>cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>cetirizine oral tablet,chewable 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>cetirizine-pseudoephedrine oral tablet extended release 12 hr 5-120 mg</i>	F	
CHILDREN'S CLARITIN ORAL TABLET,CHEWABLE 5 MG (<i>loratadine</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>fexofenadine oral suspension 30 mg/5 ml</i>	F	
<i>fexofenadine oral tablet 180 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>fexofenadine oral tablet 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>loratadine oral solution 5 mg/5 ml</i>	F	
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	F	
<i>loratadine oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
LORATADINE-D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10-240 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA INFECCIÓN		
1ST GENERATION CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	C1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	F	
2ND GENERATION CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	F	
<i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	F	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
3RD GENERATION CEPHALOSPORIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	F	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	C1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram, 250 mg, 500 mg</i>	C1	
ALLYLAMINE ANTIFUNGALS - MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
AMEBICIDES - MEDICAMENTOS PARA LA BOCA Y GARGANTA		
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	C1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	F	
AMINOGLYCOSIDE ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	C1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	F	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	F	QL (300 ML por 30 días)
AMINOPENICILLIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	F	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	F	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	F	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	F	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	F	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	F	
<i>ampicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 3 gram</i>	C1	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>)	F	
ANTHELMINTICS - MEDICAMENTOS ANTIPARASITARIOS		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	F	QL (5 EA por 14 días)
REESE'S PINWORM MEDICINE ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (<i>pyrantel pamoate</i>)	F	
ANTIFUNGALS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS		
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	F	QL (1200 ML por 30 días)
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (<i>potassium iodide</i>)	F	
ANTIMALARIALS - MEDICAMENTOS PARA LA BOCA Y GARGANTA		
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	F	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	F	PA
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg</i>	F	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	F	
ANTIMYCOBACTERIALS, MISCELLANEOUS - ANTIBIÓTICOS		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	F	
ANTIPROTOZOALS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA BOCA Y GARGANTA		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	F	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	F	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	C1	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
NEBUPENT INHALATION RECON SOLN 300 MG (<i>pentamidine isethionate</i>)	F	
ANTITUBERCULOSIS AGENTS - ANTIBIÓTICOS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	F	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	F	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	F	
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	F	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	F	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	F	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	F	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	C1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	F	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	C1	
RIFAMATE ORAL CAPSULE 300-150 MG (<i>rifampin/isoniazid</i>)	F	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	F	
AZOLE ANTIFUNGALS - MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS		
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	F	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	F	QL (240 EA por 30 días)
<i>fluconazole oral tablet 150 mg</i>	F	QL (150 EA por 30 días)
<i>fluconazole oral tablet 200 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	F	QL (480 EA por 30 días)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	F	
CARBAPENEM ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	F	
CHLORAMPHENICOL ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
GLYCOPEPTIDE ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	F	
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	F	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
HIV NUCLEOSIDE, NUCLEOTIDE RT INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES VIRALES		
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>zidovudine</i>)	F	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	F	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	F	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	F	
INTERFERON ANTIVIRALS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES VIRALES		
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG (<i>peginterferon alfa-2b</i>)	F	PA; SPO
LINCOMYCIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	F	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	F	
NATURAL PENICILLIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML (<i>penicillin g benzathine</i>)	F	QL (6 ML por 28 días)
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 2,400,000 UNIT/4 ML (<i>penicillin g benzathine</i>)	F	QL (12 ML por 28 días)
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 600,000 UNIT/ML (<i>penicillin g benzathine</i>)	F	QL (3 ML por 28 días)
<i>penicillin g potassium injection recon soln 5 million unit</i>	C1	
<i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>	C1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
NEURAMINIDASE INHIBITOR ANTIVIRALS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES VIRALES		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	F	QL (20 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	F	QL (10 EA por 180 días)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	F	QL (180 ML por 180 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE ANTIVIRALS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES VIRALES		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	F	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	F	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	F	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	F	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	F	QL (28 EA por 30 días)
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	F	
OTHER MACROLIDE ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	F	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	F	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	F	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	F	
PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS - ANTIBIÓTICOS		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	
POLYENE ANTIFUNGALS - MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS		
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	F	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	F	
PYRIMIDINE ANTIFUNGALS - MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS		
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	
QUINOLONE ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	F	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	F	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	C1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	F	
RIFAMYCIN ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	C1	
RIFAMATE ORAL CAPSULE 300-150 MG (<i>rifampin/isoniazid</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	F	
SULFONAMIDE ANTIBIOTICS (SYSTEMIC) - ANTIBIÓTICOS		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	F	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	F	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	F	
TETRACYCLINE ANTIBIOTICS - ANTIBIÓTICOS		
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	
<i>minocycline oral tablet 100 mg</i>	F	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	F	
URINARY ANTI-INFECTIVES - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA URINARIO		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	F	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	F	QL (460 ML por 30 días)
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML (<i>trimethoprim</i>)	F	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	F	
ANTINEOPLASTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER		
ANTINEOPLASTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER		
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (<i>everolimus</i>)	F	PA; SPO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	F	SPO
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (<i>bevacizumab</i>)	F	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	F	SPO
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (<i>cobimetinib fumarate</i>)	F	PA; SPO
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>ramucirumab</i>)	F	PA
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>daratumumab</i>)	F	PA

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	F	PA
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG (<i>elotuzumab</i>)	F	PA
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	F	SPO
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG (<i>panobinostat lactate</i>)	F	PA; SPO
FLUROPLEX TOPICAL CREAM 1 % (<i>fluorouracil</i>)	F	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	F	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	F	SPO
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) (<i>eribulin mesylate</i>)	F	PA
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML (<i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i>)	F	PA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	F	SPO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	F	PA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG (<i>gefitinib</i>)	F	PA; SPO
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 40 mg/2 ml</i>	F	PA
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	F	PA
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	F	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>chlorambucil</i>)	F	SPO
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	F	SPO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (<i>procarbazine hcl</i>)	F	SPO
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	F	QL (600 ML por 30 días)
<i>megestrol oral tablet 20 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>megestrol oral tablet 40 mg</i>	F	QL (240 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	F	SPO
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	F	SPO
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>busulfan</i>)	F	SPO
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (<i>sonidegib phosphate</i>)	F	PA; SPO
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 40 MG/4 ML (<i>nivolumab</i>)	F	PA
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG (<i>peginterferon alfa-2b</i>)	F	PA; SPO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (<i>thioguanine</i>)	F	SPO
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	F	SPO
<i>tretinoin (chemotherapy) oral capsule 10 mg</i>	F	
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG (<i>venetoclax</i>)	F	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	F	PA; SPO
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	F	PA
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) (<i>ipilimumab</i>)	F	PA
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) (<i>ziv-aflibercept</i>)	F	PA
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	F	PA
ANTITOXINS, IMMUNE GLOB, TOXOIDS, VACUNAS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA INMUNE		
ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS - TRASPLANTE DE ÓRGANOS		
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION >312 UNIT/ML, GREATER THAN 312 UNIT/ML (5 ML) (<i>hepatitis b immune globulin/maltose</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
HYPERHEP B S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION 220 UNIT/ML, 220 UNIT/ML (5 ML) (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
HYPERHEP B S/D INTRAMUSCULAR SYRINGE 220 UNIT/ML (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
HYPERHEP B S-D NEONATAL INTRAMUSCULAR SYRINGE 110 UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
HYPERRAB S/D (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML (<i>rabies immune globulin/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
HYPERTET S/D (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 250 UNIT (<i>tetanus immune globulin/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION GREATER THAN 1,560 UNIT/5 ML, GREATER THAN 312 UNIT/ML (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2 ML (<i>varicella-zoster immune globulin/maltose</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
TOXOIDS - VACUNAS		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/pf</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML (<i>diphtheria, pertussis (acell), tetanus pediatric vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML (<i>hep b virus,rcmb/diph,pertus(acell),tet,polio vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adult</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (<i>tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/pf</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>tetanus,diphtheria tox ped(pf) intramuscular suspension 5-25 lf unit/0.5 ml</i>	F	AR(18 Años Mínimo)
VACUNAS - VACUNAS		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b conjugate vaccine(tetanus toxoid conjugate)/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
AFLURIA QD 2019-20(3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrivalent 2019-20 (36 mos up)/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
AFLURIA QD 2019-20(6-35MO)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG (7.5 MCG X 4)/0.25 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2019-20 (6 mos-35 mos)/pf</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
AFLURIA QUAD 2019-20(6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrivalent 2019-20 (6 mos and up)</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
<i>bcg vaccine, live (pf) percutaneous suspension for reconstitution 50 mg</i>	F	QL (1 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (<i>meningococcal group b vaccine, 4-component</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML/DOSE (<i>anthrax vaccine</i>)	F	QL (2 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	QL (3 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	QL (3 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
FLUAD 2019-2020 (65 YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (<i>influenza vaccine tvs 2019-20 (65 yr up)/adjuvant mf59c.1/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUARIX QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2019-2020(6 mos and up)/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUBLOK QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine qv 2019-20(18 yrs and older)rcmb/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUCELVAX QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>flu vaccine quad 2019-2020(4 years and older)cell derived/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
FLUCELVAX QUAD 2019-2020 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>flu vaccine quadriv 2019-2020(4 years and older)cell derived</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLULAVAL QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2019-2020(6 mos and up)/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLULAVAL QUAD 2019-2020 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrivalent 2019-20 (6 mos and up)</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUMIST QUAD 2019-2020 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (<i>influenza vaccine quadrivalent live 2019-2020 (2 yrs-49 yrs)</i>)	F	QL (1 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine trival split 2019-2020(65 yr up)/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUZONE QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2019-2020(6 mos and up)/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUZONE QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2019-2020(6 mos and up)/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUZONE QUAD 2019-2020 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (<i>influenza virus vaccine quadrivalent 2019-20 (6 mos and up)</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
FLUZONE QUAD PEDI 2019-20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG (7.5 MCG X 4)/0.25 ML (<i>influenza virus vaccine quadrival 2019-20 (6 mos-35 mos)/pf</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR (18 Años Mínimo Y 45 Años Máximo)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent/pf</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR (18 Años Mínimo Y 45 Años Máximo)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (2 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (2 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b vaccine recombinant/vaccine adjuvant cpg 1018/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT (<i>rabies vaccine, human diploid cell/pf</i>)	F	QL (4 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (<i>poliomyelitis vaccine, killed</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML (<i>japanese encephalitis vaccine/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML (<i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML (<i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML (<i>meningococcalvaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (<i>meningococcalvaccine a,c,y,w-135,diphtheria toxoid conj/pf</i>)	F	QL (1 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live/pf</i>)	F	QL (2 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML (<i>hep b virus,rcmb/diphth,pertus(acell),tet,polio vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b conjugate vaccine (meningococcal prot.conj)/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML (<i>diphtheria,pertussis(acell),tetanus,polio/haemophilus b/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML (<i>haemophilus b polysacc conj-tetanus tox,component 2 of 2/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (<i>diphther,pertus(acel),tetanus,polio vacc,component 1 of 2/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PNEUMOVAX 23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (<i>pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
PREVNAR 13 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (<i>pneumococcal 13-valent conjugate vaccine (diphtheria crm)/pf</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 (<i>measles, mumps, rubella, and varicella vaccine live/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (<i>diphtheria, pertussis(acell),tetanus,polio vaccine/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT (<i>rabies vaccine, purified chicken embryo cell (pcec)/pf</i>)	F	QL (3 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	QL (3 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	QL (3 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (<i>hepatitis b virus vaccine recombinant/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML (<i>rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, g1p(8)</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (<i>rotavirus vaccine, live oral pentavalent</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (<i>varicella-zoster virus glycoprotein e,rec/as01b adjuvant/pf</i>)	F	QL (2 EA por 365 días); AR(50 Años Mínimo)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML (<i>yellow fever vaccine live/pf</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (<i>neisseria meningitidis group b, lipidated ffbp recombinant</i>)	F	QL (1.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML (<i>hepatitis a virus and hepatitis b virus vaccine/pf</i>)	F	QL (4 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (<i>typhoid vaccine vi capsular polysaccharide</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (<i>typhoid vaccine vi capsular polysaccharide</i>)	F	QL (0.5 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (2 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (1 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (<i>hepatitis a virus vaccine/pf</i>)	F	QL (2 ML por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (<i>varicella virus vaccine live/pf</i>)	F	QL (2 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (<i>cholera vaccine, live</i>)	F	AR(18 Años Mínimo)
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (<i>typhoid vacc, live, attenuated</i>)	F	QL (4 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML (<i>yellow fever vaccine live/pf</i>)	F	QL (1 EA por 365 días); AR(18 Años Mínimo)
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 19,400 UNIT/0.65 ML (<i>zoster vaccine live/pf</i>)	F	QL (1 EA por 365 días); AR (60 Años Mínimo)
AUTONOMIC DRUGS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO		
ALPHA- AND BETA-ADRENERGIC AGONISTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN Y LOS PULMONES		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML (1 ML) (<i>epinephrine</i>)	F	
ALAVERT D-12 ALLERGY-SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 5-120 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 Ml)	F	
BROTAPP DM ORAL ELIXIR 1-15-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
<i>cetirizine-pseudoephedrine oral tablet extended release 12 hr 5-120 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy;
AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	F	QL (2 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	F	
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	F	
LOHIST - D ORAL LIQUID 2-30 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
LORATADINE-D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10-240 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 120-1,200 MG (<i>guaifenesin/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
MUCINEX D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 60-600 MG (<i>guaifenesin/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
PEDIATRIC COUGH AND COLD ORAL LIQUID 1-15-5 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine/dextromethorphan</i>)	F	
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet extended release 120 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
RITIFED ORAL SYRUP 1.25-30 MG/5 ML (<i>triprolidine hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
RYNEX PSE ORAL LIQUID 1-15 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (120 ML por 30 días)
SUPHEDRIN ORAL LIQUID 15 MG/5 ML (<i>pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
WAL-ACT D COLD AND ALLERGY ORAL TABLET 2.5-60 MG (<i>triprolidine hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
WAL-PHED ORAL TABLET 4-60 MG (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN Y LOS PULMONES		
ADULT ROBITUSSIN PEAK COLD M-S ORAL LIQUID 5-10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr/phenylephrine</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
CHILDREN'S STUFFY NOSE-COLD ORAL LIQUID 2.5-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>)	F	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	F	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i>	F	QL (4 EA por 28 días)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	F	QL (8 EA por 28 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
DIMETAPP COLD-ALLERGY (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl</i>)	F	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	F	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
NOHIST-DM ORAL LIQUID 4-10-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
<i>phenylephrine hcl/promethazine hcl</i> (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 ML)	F	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
SINUS CONGESTION-PAIN(CHLORPH) ORAL TABLET 2-5-325 MG (<i>phenylephrine hcl/acetaminophen/chlorpheniramine</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
SUPRESS DX ORAL DROPS 2.5-5-50 MG/ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr/phenylephrine</i>)	F	QL (30 ML por 30 días)
ANTIMUSCARINICS/ANTISPASMODICS - MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide</i>)	F	
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>)	F	QL (4 GM por 20 días)
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	F	QL (600 ML por 30 días)
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	F	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	F	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	F	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	F	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	F	
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	F	
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	F	
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 -0.0194 mg/5 ml</i>	F	
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (<i>phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine hb</i>)	F	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (<i>tiotropium bromide/olodaterol hcl</i>)	F	QL (4 GM por 30 días)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (<i>aclidinium bromide</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO		
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG (<i>varenicline tartrate</i>)	F	QL (360 EA por 365 días)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG (<i>varenicline tartrate</i>)	F	QL (360 EA por 365 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42) (<i>varenicline tartrate</i>)	F	QL (106 EA por 365 días)
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	F	QL (4320 EA por 365 días)
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	F	QL (3600 EA por 365 días)
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	F	QL (3600 EA por 365 días)
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	F	QL (180 EA por 365 días)
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	F	QL (112 EA por 365 días)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG (<i>nicotine</i>)	F	QL (2880 EA por 365 días)
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (<i>nicotine</i>)	F	QL (720 ML por 365 días)
CENTRALLY ACTING SKELETAL MUSCLE RELAXNT - MEDICAMENTOS RELAJANTES MUSCULARES		
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg</i>	F	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 5 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	F	QL (240 EA por 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	F	QL (270 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
GABA-DERIVATIVE SKELETAL MUSCLE RELAXANT - MEDICAMENTOS RELAJANTES MUSCULARES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
NON-SEL. BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
NON-SEL.ALPHA-1-ADRENERGIC BLOCKING AGTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	F	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	
NON-SEL.ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	F	
<i>MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)</i>	F	QL (20 EA por 30 días)
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS) - MEDICAMENTOS PARA TRATAR CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA VEJIGA		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	F	
<i>donepezil oral tablet 10 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>donepezil oral tablet 5 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML (pyridostigmine bromide)</i>	F	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	F	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	F	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	F	ST

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	F	
SELECTIVE ALPHA-1-ADRENERGIC BLOCK.AGENT - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	F	
SELECTIVE BETA-2-ADRENERGIC AGONISTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN Y LOS PULMONES		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	F	QL (36 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	F	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	F	
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	F	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	F	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
BROVANA INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 15 MCG/2 ML (<i>arformoterol tartrate</i>)	F	ST
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (10.2 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 80-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (30.6 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>)	F	QL (4 GM por 20 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	F	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	F	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	F	
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (<i>salmeterol xinafoate</i>)	F	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (<i>tiotropium bromide/olodaterol hcl</i>)	F	QL (4 GM por 30 días)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
SELECTIVE BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENT - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	F	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	F	
BLOOD FORMATION, COAGULATION, THROMBOSIS - MEDICAMENTOS PARA LA SANGRE		
COUMARIN DERIVATIVES - MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS		
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG (<i>warfarin sodium</i>)	F	
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	F	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	F	
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (<i>apixaban</i>)	F	QL (74 EA por 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>apixaban</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG (<i>rivaroxaban</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
XARELTO ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (<i>rivaroxaban</i>)	F	QL (51 EA por 30 días)
HEMATOPOIETIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA ANEMIA		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 150 MCG/0.75 ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 300 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	F	PA

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML (<i>darbepoetin alfa in polysorbate 80</i>)	F	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	F	
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML (<i>filgrastim-sndz</i>)	F	QL (7 ML por 30 días)
ZARXIO INJECTION SYRINGE 480 MCG/0.8 ML (<i>filgrastim-sndz</i>)	F	QL (11.2 ML por 30 días)
HEMORRHEOLOGIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
HEMOSTATICS - MEDICAMENTOS PARA PREVENIR EL SANGRADO		
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	F	
HEPARINS - MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS		
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	F	QL (48 ML por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	F	QL (18 ML por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	F	QL (24 ML por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	F	QL (36 ML por 30 días)
IRON PREPARATIONS - VITAMINAS Y MINERALES		
CEROVITE JR ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON- 10 MCG (<i>pediatric multivitamin no.158/ferrous fumarate/phytonadione</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
COMPLETE MULTIVITAMIN ORAL TABLET (<i>multivitamin,therapeutic with iron and minerals</i>)	F	
FERRETT'S ORAL TABLET 325 MG (106 MG IRON) (<i>ferrous fumarate</i>)	F	
FERRIMIN 150 ORAL TABLET 456 MG (150 MG IRON) (<i>ferrous fumarate</i>)	F	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	F	
<i>ferrous fumarate oral tablet 89 mg (29 mg iron)</i>	F	
<i>ferrous gluconate oral tablet 236 mg (27 mg iron), 324 mg (36 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron)</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 mg (27 mg iron), 256 mg (28 mg iron)</i>	F	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	F	QL (50 ML por 30 días)
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días)
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	F	QL (150 ML por 30 días)
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días)
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 324 mg (65 mg iron)</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg (65 mg iron)</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
FERROUSUL ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (<i>ferrous sulfate</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
HONEY BEARS WITH IRON-ZINC ORAL TABLET, CHEWABLE 4.5 MG (<i>pediatric multivitamin no.159/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-DAY PLUS MINERALS ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (<i>multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit k</i>)	F	
MULTILEX ORAL TABLET 15 MG IRON (<i>multivitamin with minerals/ferrous sulfate</i>)	F	
MULTILEX-T AND M ORAL TABLET 15 MG IRON (<i>multivitamin with minerals/ferrous fumarate</i>)	F	
MULTIPLE VITAMIN, WOMENS ORAL TABLET (<i>multivit with calcium, iron, and other minerals</i>)	F	
MULTI-VIT WITH FLUORIDE-IRON ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -10 MG IRON/ML (<i>pediatric multivitamin no.45/sodium fluoride/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
<i>multivitamin with iron oral tablet</i>	F	
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>multivitamin-minerals no.60/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	
O-CAL F.A. ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>multivitamin with minerals no.61/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (<i>multivitamin with minerals/ferrous sulfate</i>)	F	
PNV 29-1 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
POLY-VI-SOL WITH IRON ORAL DROPS 750 UNIT-400 UNIT-10 MG/ML (<i>pediatric multivitamin no.80/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.74/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (<i>prenatal VITAMINAS with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>prenatal vits96-iron fum-folic oral tablet 27 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRETAB ORAL TABLET 29-1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
SUPER MULTIPLE ORAL TABLET (<i>multivitamin with iron and other minerals</i>)	F	
THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT) ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (<i>multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid</i>)	F	
THERAPEUTIC-M VITAMIN/MINERALS ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivit,therapeutic with calcium,iron,minerals/folic acid</i>)	F	
THEREMS-M ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivitamin,therapeutic with iron and minerals</i>)	F	
VINATE M ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vits with calcium 136/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
WOMEN'S DAILY FORMULA ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivit with calcium, iron, and other minerals</i>)	F	
PLATELET-AGGREGATION INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS		
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG (<i>ticagrelor</i>)	F	PA; QL (60 EA por 30 días)
BRILINTA ORAL TABLET 90 MG (<i>ticagrelor</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	F	
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg, 75 mg</i>	F	
MIGRAINE FORMULA ORAL TABLET 250-250-65 MG (<i>aspirin/acetaminophen/caffeine</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
PLATELET-REDUCING AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	F	
THROMBOLYTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS		
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet, chewable 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
MIGRAINE FORMULA ORAL TABLET 250-250-65 MG (<i>aspirin/acetaminophen/caffeine</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
CARDIOVASCULAR DRUGS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	F	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGT.(HYPOTEN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGON.(HYPOTN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	F	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	F	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
ANGIOTENSIN-CONVERT.ENZYME INHIB(HYPOTN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	F	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	F	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	F	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	F	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	F	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	F	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	F	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	F	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
ANTIARRHYTHMICS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	F	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	F	
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (<i>digoxin</i>)	F	
ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL		
NIACIN FLUSH FREE ORAL CAPSULE 400 MG NIACIN (500 MG) (<i>niacin (inositol niacinate)</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>niacin oral capsule, extended release 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 50 mg, 500 mg</i>	F	
<i>niacin oral tablet 250 mg</i>	F	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	F	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	F	
<i>niacin</i> (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	F	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	F	PA
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS - MEDICAMENTOS PARA TRATAR RÍTMOS CARDÍACOS ANORMALES		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	F	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	F	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGT.(HYPOTEN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
BILE ACID SEQUESTRANTS - MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	F	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	F	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	F	
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	F	
CALCIUM-CHANNEL BLOCK.AGT,MISC(HYPOTEN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 300 mg, 360 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 180 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 300 Mg)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 180 Mg)	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 240 Mg)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 300 mg, 360 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 180 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 300 Mg)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 180 Mg)	F	QL (90 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 240 Mg)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS(HYPOTEN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 300 mg, 360 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 180 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 300 Mg)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 180 Mg)	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 240 Mg)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISC. - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 300 mg, 360 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 180 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 300 Mg)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 180 Mg)	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 240 Mg)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS(HYPOTEN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	F	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	F	
CARDIAC DRUGS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (<i>ivabradine hcl</i>)	F	PA
CARDIOTONIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	F	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (<i>digoxin</i>)	F	
CENTRAL ALPHA-AGONISTS - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	F	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i>	F	QL (4 EA por 28 días)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	F	QL (8 EA por 28 días)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	F	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	F	
CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	F	
CLASS IA ANTIARRHYTHMICS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	F	
CLASS IB ANTIARRHYTHMICS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	F	
<i>phenytoin</i> (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	F	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	F	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (<i>phenytoin</i>)	F	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	F	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	F	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	F	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	F	
CLASS IC ANTIARRHYTHMICS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	F	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 325 mg, 425 mg</i>	F	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	F	
CLASS II ANTIARRHYTHMICS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	F	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	F	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	F	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	F	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	F	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
CLASS III ANTIARRHYTHMICS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	F	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
CLASS IV ANTIARRHYTHMICS - MEDICAMENTOS PARA LA ANGINA		
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 300 mg, 360 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 180 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 300 Mg)	F	QL (30 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 180 Mg)	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 240 Mg)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
DIHYDROPYRIDINES - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
DIHYDROPYRIDINES (ANTIHYPERTENSIVE) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
DIRECT VASODILATORS - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
DIURETICS, MISCELLANEOUS (HYPOTENSIVE) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	F	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
FIBRIC ACID DERIVATIVES - MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 67 mg</i>	F	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	F	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	F	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	F	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	F	
HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	F	
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	F	
HYPOTENSIVE AGENTS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	F	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	F	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	
LOOP DIURETICS (HYPOTENSIVE AGENTS) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	F	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	
MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGNTS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>)	F	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	F	
MINERALOCORTICOID(ALDOSTER.)ANTAG(HYPOT) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>)	F	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	F	
NITRATES AND NITRITES - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
DILATRATE-SR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 40 MG (<i>isosorbide dinitrate</i>)	F	QL (120 EA por 30 días)
ISORDIL ORAL TABLET 40 MG (<i>isosorbide dinitrate</i>)	F	QL (360 EA por 30 días)
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	F	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet extended release 40 mg</i>	F	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	F	
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	F	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	F	
PCSK9 INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL		
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (<i>evolocumab</i>)	F	PA; SPO
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	F	PA; SPO
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	F	PA; SPO
PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	F	
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	F	PA; SPO
POTASSIUM-SPARING DIURETICS (HYPOTEN) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>)	F	
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	F	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	F	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	F	
THIAZIDE DIURETICS(HYPOTENSIVE AGENTS) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>)	F	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	F	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	F	
<i>chlorothiazide oral tablet 500 mg</i>	F	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (<i>chlorothiazide</i>)	F	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	F	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	F	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	F	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	F	
<i>methylodopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	F	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	F	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
THIAZIDE-LIKE DIURETICS(HYPOTENSIVE AGT) - MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y ANGINA		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	F	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	F	
VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA EL CORAZÓN		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	F	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 300 mg, 360 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 180 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 180 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (90 EA por 30 días)
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 240 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 300 Mg)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 180 Mg)	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diltiazem hcl</i> (Taztia Xt Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 240 Mg)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	F	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO		
AMPHETAMINES - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO		
<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release 15 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 30 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	F	ST
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	F	ST
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISC. - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR		
<i>acetaminophen oral elixir 160 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5 ml (5 ml)</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	F	
<i>acetaminophen oral tablet 500 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg</i>	F	QL (50 EA por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	F	QL (473 ML por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
CHILDREN'S ACETAMINOPHEN ORAL TABLET,CHEWABLE 160 MG, 80 MG (<i>acetaminophen</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
FEVERALL RECTAL SUPPOSITORY 325 MG, 80 MG (<i>acetaminophen</i>)	F	QL (50 EA por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	F	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	F	QL (1800 ML por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
INFANT'S NON-ASPIRIN ORAL DROPS 100 MG/ML (<i>acetaminophen</i>)	F	QL (15 ML por 30 días)
INFANT'S PAIN RELIEF ORAL DROPS,SUSPENSION 80 MG/0.8 ML (<i>acetaminophen</i>)	F	QL (15 ML por 30 días)
<i>isometh-dichloral-acetaminophn oral capsule 65-100-325 mg</i>	F	
MIGRAINE FORMULA ORAL TABLET 250-250-65 MG (<i>aspirin/acetaminophen/caffeine</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
NORTEMP ORAL DROPS 80 MG/0.8 ML (<i>acetaminophen</i>)	F	QL (15 ML por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
SINUS CONGESTION-PAIN(CHLORPH) ORAL TABLET 2-5-325 MG (<i>phenylephrine hcl/acetaminophen/chlorpheniramine</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	F	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	F	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	F	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	F	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	F	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	F	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	F	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	F	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	F	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	F	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	F	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	F	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	F	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (<i>carbamazepine</i>)	F	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	F	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	F	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	F	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	F	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
ANTIDEPRESSANTS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	F	QL (354 EA por 365 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	F	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 150 mg, 200 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	F	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	F	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	F	
ANTIMANIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	F	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	F	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	F	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>carbamazepine</i>)	F	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	F	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	F	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	F	
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (<i>carbamazepine</i>)	F	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	F	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	F	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	F	
ANTIMIGRAINE AGENTS, MISCELLANEOUS - TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA		
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet, chewable 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (<i>divalproex sodium</i>)	F	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	F	
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	F	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>)	F	QL (20 EA por 30 días)
MIGRAINE FORMULA ORAL TABLET 250-250-65 MG (<i>aspirin/acetaminophen/caffeine</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
SINUS CONGESTION-PAIN(CHLORPH) ORAL TABLET 2-5-325 MG (<i>phenylephrine hcl/acetaminophen/chlorpheniramine</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	F	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	F	
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS, MISC - MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD Y EL TRASTORNO DEL SUEÑO		
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	F	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	F	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
NIGHTTIME SLEEP AID (DIPHEN) ORAL TABLET 25 MG (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	F	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	F	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 50 Mg)	F	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg</i>	F	
<i>zolpidem oral tablet 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
BARBITURATES (ANTICONVULSANTS) - MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS		
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 -0.0194 mg/5 ml</i>	F	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	F	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	F	
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (<i>phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine hb</i>)	F	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	F	
BARBITURATES (ANXIOLYTIC, SEDATIVE/HYP) - MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD Y EL TRASTORNO DEL SUEÑO		
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 -0.0194 mg/5 ml</i>	F	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	F	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	F	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	F	
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (<i>phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine hb</i>)	F	
BENZODIAZEPINES (ANTICONVULSANTS) - MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS		
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	F	QL (450 ML por 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	F	QL (5 EA por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
BENZODIAZEPINES (ANXIOLYTIC, SEDATIV/HYP) – MEDICAMENTOS PARA LA ANSIEDAD Y EL TRASTORNO DEL SUEÑO		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	F	QL (450 ML por 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	F	QL (5 EA por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 7.5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg, 30 mg</i>	F	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	F	
CATECHOL-O-METHYLTRANSFERASE(COMT)INHIB. - MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<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>	F	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	F	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISC. - MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	F	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	F	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>	F	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	F	
CYCLOOXYGENASE-2 (COX-2) INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
DOPAMINE PRECURSORS - MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	F	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	F	
<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>	F	
ERGOT-DERIV. DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	C1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	C1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
FIBROMYALGIA AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR DEL NERVIIO		
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	F	
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (<i>milnacipran hcl</i>)	F	
HYDANTOINS - MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS		
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	F	
<i>phenytoin</i> (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	F	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	F	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (<i>phenytoin</i>)	F	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	F	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	F	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	F	
MONOAMINE OXIDASE B INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
NONERGOT-DERIV. DOPAMINE RECEPTOR AGONIST - MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	F	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	F	
OPIATE AGONISTS - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	F	QL (473 ML por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	F	QL (10 EA por 30 días)
<i>GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)</i>	F	QL (480 ML por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	F	QL (1800 ML por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	F	QL (120 ML por 30 días)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 60 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	F	QL (900 ML por 30 días)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	F	QL (450 ML por 30 días)
<i>morphine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	F	QL (240 EA por 30 días)
OTHER NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	F	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	F	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	F	QL (500 GM por 30 días)
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	F	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	F	
<i>ibuprofen oral capsule 200 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	F	QL (20 EA por 30 días)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	F	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	F	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	F	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	F	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg, 275 mg, 550 mg</i>	F	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	F	
PHENOTHIAZINES - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 5 mg/ml</i>	C1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	F	
RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO		
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
MIGRAINE FORMULA ORAL TABLET 250-250-65 MG (<i>aspirin/acetaminophen/caffeine</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
SALICYLATES - MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR		
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>aspirin oral tablet, chewable 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>aspirin oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
MIGRAINE FORMULA ORAL TABLET 250-250-65 MG (<i>aspirin/acetaminophen/caffeine</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	F	
SEL.SEROTONIN,NOREPI REUPTAKE INHIBITOR - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	F	
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (<i>milnacipran hcl</i>)	F	
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS - TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA		
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (12 EA por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (12 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	QL (9 EA por 30 días)
SELECTIVE-SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	F	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	F	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	F	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	F	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	F	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	F	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
SEROTONIN MODULATORS - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	F	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
SUCCINIMIDES – MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	F	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	F	
TRICYCLICS, OTHER NOREPI-RU INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>desipramine oral tablet 100 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>desipramine oral tablet 150 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>doxepin oral capsule 150 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	F	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	F	
CONTRACEPTIVES (E.G. FOAMS, DEVICES) - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
CONTRACEPTIVES (E.G. FOAMS, DEVICES) - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (<i>diaphragms, contoured</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
CONDOMS-PREM LUBRICATED DEVICE (<i>condoms, latex, lubricated</i>)	F	QL (24 EA por 30 días)
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (<i>condoms, non-latex, lubricated</i>)	F	QL (24 EA por 30 días)
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms, female</i>)	F	QL (6 EA por 30 días)
FEMCAP VAGINAL DEVICE 26 MM (<i>cervical cap</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
GYNOL II VAGINAL GEL 3 % (<i>nonoxynol 9</i>)	F	
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE VAGINAL CONTRACEPTIVE SPONGE 1,000 MG (<i>nonoxynol 9</i>)	F	QL (24 EA por 30 días)
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (<i>condoms, latex, non-lubricated</i>)	F	QL (24 EA por 30 días)
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (<i>nonoxynol 9</i>)	F	
VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM VAGINAL FOAM 12.5 % (<i>nonoxynol 9</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (<i>nonoxynol 9</i>)	F	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
DEVICES - MATERIAL MÉDICO Y EQUIPO MÉDICO DURADERO		
DEVICES - MATERIAL MÉDICO Y EQUIPO MÉDICO DURADERO		
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (<i>inhaler, assist devices</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
BD SHARPS COLLECTOR (<i>container, empty</i>)	F	QL (1 EA por 31 días)
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (<i>pen needle, diabetic</i>)	F	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (<i>pen needle, diabetic</i>)	F	
<i>blood pressure kit med and lrg kit</i>	F	
<i>blood pressure kit-extra large kit</i>	F	
<i>blood pressure test kit-large kit</i>	F	
<i>blood pressure test kit-medium kit</i>	F	
<i>blood pressure test kit-wrist kit</i>	F	
DELUXE ARM BLOOD PRESSURE MON KIT (<i>blood pressure test kit medium and large cuffs</i>)	F	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (<i>compressor, for nebulizer</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (<i>compressor, for nebulizer</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
FORA TEST N'GO BP SYSTEM KIT (<i>blood pressure test kit-large</i>)	F	
<i>lancets 30 gauge</i>	F	
<i>lancing device</i>	F	
<i>lancing device with lancets kit</i>	F	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (<i>blood glucose calibration control solution, normal</i>)	F	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (<i>blood glucose calibration control solution, normal</i>)	F	SPO
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	F	QL (1 EA por 180 días)
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (<i>compressor, for nebulizer</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %</i>	F	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (<i>compressor, for nebulizer</i>)	F	QL (1 EA por 365 días)
AGENTES DE DIAGNÓSTICO		
DIABETES MELLITUS		
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	F	QL (200 EA por 30 días)
ONETOUCH VERIO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	F	QL (200 EA por 30 días)
AGENTES DE DIAGNÓSTICO		
GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG/ML (<i>glucagon,human recombinant</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
CETONAS		
KETONE URINE TEST STRIP (<i>urine acetone test,strips</i>)	F	
AZÚCAR (GLUCOSA)		
DIASTIX STRIP (<i>urine glucose test strip</i>)	F	
CONTENIDOS DE ORINA Y HECES		
KETO-DIASTIX STRIP (<i>urine glucose-acet test strip</i>)	F	
MULTISTIX 10 SG STRIP (<i>urine multiple test strips</i>)	F	
BALANCE HIDROELECTROLÍTICO Y CALÓRICO		
AGENTES ACIDIFICANTES		
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (<i>potassium phosphate,monobasic</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PHOSPHA 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (<i>sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono</i>)	F	
AGENTES ALCALINIZANTES		
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	F	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 500-334 mg/5 ml</i>	F	
DESINTOXICANTES DE AMONIACO		
<i>lactulose</i> (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 Ml)	F	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	F	
CALORIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA NUTRICIÓN		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % (<i>amino acids 5 %/dextrose 15 % in water</i>)	F	
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 % (<i>amino acids 4.25 %/dextrose 10 % in water</i>)	F	
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 % (<i>amino acids 4.25 %/calcium/electrolyte-tpn soln/dextrose 10%</i>)	F	
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % (<i>amino acids 5 %/calcium/electrolyte-tpn soln/dextrose 20 %</i>)	F	
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 % (<i>parenteral amino acid 15% combination no.5</i>)	C1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	F	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	F	
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 % (<i>parenteral amino acid 10 % combination no.4</i>)	F	
<i>glucose oral tablet,chewable 4 gram</i>	F	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 % (<i>fat emulsions</i>)	F	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 % (<i>fat emulsions</i>)	C1	
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 % (<i>parenteral amino acid 15% combination no.1</i>)	C1	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 % (<i>fat emulsions/soybean oil/med chain trigl/olive oil/fish oil</i>)	F	
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - MEDICAMENTOS DIURÉTICOS		

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	F	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	F	
DIURETICS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS DIURÉTICOS		
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	F	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
STERILE SALINE IRRIGATION SOLUTION 0.9 % (<i>sodium chloride irrigating solution</i>)	F	
LOOP DIURETICS - MEDICAMENTOS DIURÉTICOS		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	F	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	
PHOSPHATE - AGENTES DE REMOCIÓN		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	F	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	F	
RENAGEL ORAL TABLET 800 MG (<i>sevelamer hcl</i>)	F	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	F	
POTASSIUM - AGENTES DE REMOCIÓN		
SODIUM POLYSTYRENE (SORB FREE) ORAL SUSPENSION 15 GRAM/60 ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	F	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	F	
<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i> (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 ML)	F	
POTASSIUM - SPARING DIURETICS - MEDICAMENTOS DIURÉTICOS		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>)	F	
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	F	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	F	
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
CALCIUM 600 ORAL TABLET 600 MG CALCIUM (1,500 MG) (<i>calcium carbonate</i>)	F	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	F	
<i>calcium carbonate oral tablet 260 mg calcium (648 mg)</i>	F	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 650 mg calcium (1,625 mg)</i>	F	
<i>calcium gluconate oral tablet 60 mg calcium (650 mg)</i>	F	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ, 25 MEQ (<i>potassium bicarbonate/citric acid</i>)	F	
<i>electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution</i>	F	
<i>lactated ringers intravenous parenteral solution</i>	F	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (<i>electrolytes/dextrose</i>)	F	QL (2028 ML por 30 días)
PNV 29-1 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	F	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 30 meq/l, 40 meq/l</i>	F	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 40 meq/l</i>	F	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	F	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	F	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	F	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	F	
<i>potassium chloride-d5-0.3%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	F	
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PRENATAL LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG <i>(prenatal vits with calcium no.74/ferrous fumarate/folic acid)</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG <i>(prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG <i>(prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG <i>(prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG <i>(prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)</i>	F	AR (50 Años Máximo)
<i>prenatal vits96-iron fum-folic oral tablet 27 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRETAB ORAL TABLET 29-1 MG <i>(prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)</i>	F	AR (50 Años Máximo)
<i>ringer's intravenous parenteral solution</i>	F	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	F	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	F	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	F	
<i>sodium chloride 3 % intravenous parenteral solution 3 %</i>	F	
<i>sodium chloride 5 % intravenous parenteral solution 5 %</i>	F	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %</i>	F	
THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT) ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG <i>(multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)</i>	F	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	F	
THIAZIDE DIURETICS - MEDICAMENTOS DIURÉTICOS		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG <i>(spironolactone/hydrochlorothiazide)</i>	F	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	F	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	F	
<i>chlorothiazide oral tablet 500 mg</i>	F	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML <i>(chlorothiazide)</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	F	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	F	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	F	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	F	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	F	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	F	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	F	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	F	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
THIAZIDE-LIKE DIURETICS - MEDICAMENTOS DIURÉTICOS		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	F	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	F	
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	F	
PREPARACIONES PARA OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (EENT)		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT) - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	F	
ANTIALLERGIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	F	
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	F	
<i>cromolyn nasal spray,non-aerosol 5.2 mg/spray (4 %)</i>	F	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	F	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	F	ST
PAZEO OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.7 % (<i>olopatadine hcl</i>)	F	ST

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ZADITOR OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.025 % (0.035 %) (<i>ketotifen fumarate</i>)	F	
ANTIBACTERIALS (EENT) – MEDICAMENTOS PARA LA INFECCIÓN		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	F	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	F	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	F	
CIPRODEX OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.1 % (<i>ciprofloxacin hcl/dexamethasone</i>)	F	QL (7.5 ML por 30 días)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	F	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	F	QL (7 GM por 30 días)
<i>gentamicin sulfate</i> (Gentak Ophthalmic (Eye) Ointment 0.3 % (3 Mg/Gram))	F	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	F	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	F	QL (5 ML por 30 días)
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	F	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	F	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	F	QL (10 ML por 30 días)
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i>	F	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	F	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	F	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (<i>tobramycin/dexamethasone</i>)	F	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	F	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	F	
TOBEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (<i>tobramycin</i>)	F	
VIGAMOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (<i>moxifloxacin hcl</i>)	F	
ANTIFUNGALS (EENT) - MEDICAMENTOS PARA LA INFECCIÓN		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	F	
ANTI GLAUCOMA AGENTS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (<i>netarsudil mesylate</i>)	F	PA
ANTIVIRALS (EENT) - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	F	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT) - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	F	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	F	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	F	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	F	
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT) - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	F	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	F	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	F	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	F	
CORTICOSTEROIDS (EENT) - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRODEX OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.1 % (<i>ciprofloxacin hcl/dexamethasone</i>)	F	QL (7.5 ML por 30 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>fluorometholone acetate</i>)	F	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	F	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	F	QL (32 GM por 30 días)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (<i>fluorometholone</i>)	F	
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (<i>dexamethasone</i>)	F	
NASACORT NASAL AEROSOL,SPRAY 55 MCG (<i>triamcinolone acetonide</i>)	F	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	F	
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (<i>prednisolone acetate</i>)	F	
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	F	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	F	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (<i>tobramycin/dexamethasone</i>)	F	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	F	
EENT ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS - MEDICAMANTOS PARA LA INFECCIÓN		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	F	
CARBAMOXIDE EAR DROPS OTIC (EAR) DROPS 6.5 % (<i>carbamide peroxide</i>)	F	QL (30 ML por 30 días)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	F	
EENT ANTI-INFLAMMATORY AGENTS, MISC. - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (<i>cyclosporine</i>)	F	PA; QL (5.5 ML por 30 días)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (<i>cyclosporine</i>)	F	PA; QL (60 EA por 30 días)
PREPARACIONES PARA OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (EENT)		



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ARTIFICIAL TEARS (PETRO/MIN) OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 83-15 % (<i>mineral oil/petrolatum,white</i>)	F	
ARTIFICIAL TEARS(DEXT70-HYPRO) OPHTHALMIC (EYE) DROPS (<i>dextran 70/hypromellose</i>)	F	
ARTIFICIAL TEARS(PVALCH-POVID) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5-0.6 % (<i>polyvinyl alcohol/povidone</i>)	F	
AYR SALINE NASAL DROPS 0.65 % (<i>sodium chloride</i>)	F	
FOR STY RELIEF OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT (<i>mineral oil/petrolatum,white</i>)	F	
GENTEAL MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2 % (<i>hypromellose</i>)	F	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (<i>hypromellose</i>)	F	
LUBRICANT (P-GLYCOL-GLYCERIN) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.3 % (<i>glycerin/propylene glycol</i>)	F	
LUBRICANT EYE DROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (<i>carboxymethylcellulose sodium</i>)	F	
LUBRICANT EYE OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 57.3-42.5 % (<i>mineral oil/petrolatum,white</i>)	F	
MURO 128 OPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % (<i>sodium chloride</i>)	F	
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic (eye) drops 1.4 %</i>	F	
PURE AND GENTLE EYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.3 % (<i>hypromellose</i>)	F	
REFRESH LACRI-LUBE OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 56.8-42.5 % (<i>mineral oil/petrolatum,white</i>)	F	
RETAIN PM OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 80-20 % (<i>mineral oil/petrolatum,white</i>)	F	
SALINE NASAL NASAL AEROSOL,SPRAY 0.65 % (<i>sodium chloride</i>)	F	
<i>sodium chloride ophthalmic (eye) drops 5 %</i>	F	
<i>sodium chloride ophthalmic (eye) ointment 5 %</i>	F	
SYSTANE NIGHTTIME OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 94-3 % (<i>mineral oil/petrolatum,white</i>)	F	
TEARS NATURALE FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.3-0.2 % (<i>dextran/hypromellose/glycerin</i>)	F	
EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %</i>	F	
LOCAL ANESTHETICS (EENT) - MEDICAMENTOS PARA EL ADORMECIMIENTO O ENTUMECIMIENTO		
<i>lidocaine hcl</i> (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	F	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	F	
MIOTICS - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	F	
MYDRIATICS - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	F	
<i>atropine ophthalmic (eye) ointment 1 %</i>	F	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (<i>homatropine hbr</i>)	F	
PROSTAGLANDIN ANALOGS - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	F	
RHO KINASE INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (<i>netarsudil mesylate</i>)	F	PA
VASOCONSTRICTORES		
ALLERGY EYE (NAPHAZOLINE-PHEN) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.025-0.3 % (<i>naphazoline hcl/pheniramine maleate</i>)	F	
EYE ALLERGY RELIEF OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02675-0.315 % (<i>naphazoline hcl/pheniramine maleate</i>)	F	
NASAL SPRAY EXTRA MOISTURIZING NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.05 % (<i>oxymetazoline hcl</i>)	F	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 2.5 %</i>	F	
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES		
ANTIÁCIDOS Y ABSORBENTES		
ADVANCED ANTACID-ANTIGAS ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5 ML (<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone</i>)	F	
ANTACID MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5 ML (<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone</i>)	F	
<i>calcium carbonate oral tablet 260 mg calcium (648 mg)</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
FOAMING ANTACID ORAL TABLET,CHEWABLE 80-20 MG (<i>magnesium trisilicate/aluminum hydrox/sod bicarb/alginic ac</i>)	F	
GAVISCON ORAL TABLET,CHEWABLE 80-14.2 MG (<i>magnesium trisilicate/aluminum hydrox/sod bicarb/alginic ac</i>)	F	
<i>magnesium oxide oral tablet 200 mg magnesium, 250 mg magnesium, 400 mg magnesium</i>	F	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg</i>	F	
MINTOX PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 200-200-25 MG (<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone</i>)	F	
PINK BISMUTH ORAL SUSPENSION 262 MG/15 ML (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
PINK BISMUTH ORAL TABLET 262 MG (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
PINK BISMUTH ORAL TABLET,CHEWABLE 262 MG (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
<i>sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg</i>	F	
STOMACH RELIEF MAX STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15 ML (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - MEDICAMENTOS PARA EL ESTÓMAGO		
5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS PARA LA NÁUSEA Y EL VÓMITO		
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
ANTIDIARRHEA AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA DIARREA		
ANTI-DIARRHEAL (LOPERAMIDE) ORAL LIQUID 1 MG/5 ML (<i>loperamide hcl</i>)	F	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	F	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	F	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	F	
<i>loperamide oral tablet 2 mg</i>	F	
PINK BISMUTH ORAL SUSPENSION 262 MG/15 ML (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
PINK BISMUTH ORAL TABLET 262 MG (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
PINK BISMUTH ORAL TABLET,CHEWABLE 262 MG (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	
STOMACH RELIEF MAX STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15 ML (<i>bismuth subsalicylate</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA NÁUSEA Y EL VÓMITO		
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	F	PA; QL (12 EA por 30 días)
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 3 DAY 1 MG OVER 3 DAYS (<i>scopolamine</i>)	F	QL (4 EA por 30 días)
ANTIFLATULENTS - MEDICAMENTOS ANTIFLATULENTOS		
ADVANCED ANTACID-ANTIGAS ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5 ML (<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone</i>)	F	
ANTACID MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5 ML (<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone</i>)	F	
MINTOX PLUS ORAL TABLET, CHEWABLE 200-200-25 MG (<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone</i>)	F	
<i>simethicone oral drops, suspension 40 mg/0.6 ml</i>	F	QL (30 ML por 30 días)
<i>simethicone oral tablet, chewable 80 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
ANTIHISTAMINES (GI DRUGS) - MEDICAMENTOS PARA LA NÁUSEA Y EL VÓMITO		
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	F	PA; QL (12 EA por 30 días)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>meclizine oral tablet, chewable 25 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 5 mg/ml</i>	C1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	F	
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	F	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS) - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	F	QL (270 EA por 30 días)
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	F	PA
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	F	PA
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	F	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	F	
CATHARTICS AND LAXATIVES - MEDICAMENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG (<i>lubiprostone</i>)	F	PA



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>bisacodyl oral tablet, delayed release (dr/ec) 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
CITRUCEL ORAL TABLET 500 MG (<i>methylcellulose</i>)	F	
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>docusate sodium oral liquid 50 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días)
<i>docusate sodium oral syrup 60 mg/15 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días)
<i>docusate sodium oral tablet 100 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
ENEMA RECTAL ENEMA 19-7 GRAM/118 ML (<i>sodium phosphate, monobasic/sodium phosphate, dibasic</i>)	F	
FIBER (CALCIUM POLYCARBOPHIL) ORAL TABLET 625 MG (<i>calcium polycarbophil</i>)	F	
FIBER (PSYLLIUM HUSK/SUGAR) ORAL POWDER 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/7 GRAM (<i>psyllium husk (with sugar)</i>)	F	
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (<i>peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride</i>)	F	QL (4000 ML por 30 días)
<i>peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride</i> (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	F	QL (4000 ML por 30 días)
<i>glycerin (adult) rectal suppository</i>	F	
<i>glycerin (child) rectal suppository</i>	F	
KONSYL (SUGAR) ORAL POWDER IN PACKET 3.4 GRAM (<i>psyllium husk (with sugar)</i>)	F	
LAXATIVE (BISACODYL) ORAL TABLET 5 MG (<i>bisacodyl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>magnesium citrate oral solution</i>	F	
METAMUCIL ORAL CAPSULE 0.52 GRAM (<i>psyllium husk</i>)	F	
MILK OF MAGNESIA CONCENTRATED ORAL SUSPENSION 2,400 MG/10 ML (<i>magnesium hydroxide</i>)	F	
MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5 ML (<i>magnesium hydroxide</i>)	F	
NATURAL FIBER LAXATIVE THERAPY ORAL POWDER (<i>psyllium seed (with sugar)</i>)	F	
NATURAL PSYLLIUM FIBER ORAL POWDER 3.4 GRAM/5.8 GRAM (<i>psyllium husk/aspartame</i>)	F	
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER (<i>guar gum</i>)	F	
PEDIA-LAX STOOL SOFTENER ORAL SYRUP 50 MG/15 ML (<i>docusate sodium</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PEDIATRIC ENEMA RECTAL ENEMA 9.5-3.5 GRAM/59 ML (<i>sodium phosphate,monobasic/sodium phosphate,dibasic</i>)	F	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gram/dose</i>	F	QL (527 GM por 30 días)
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder in packet 17 gram</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
SENNALAX ORAL TABLET 8.6 MG (<i>sennosides</i>)	F	
SENNALAX ORAL SYRUP 8.8 MG/5 ML (<i>sennosides</i>)	F	
SENNALAX PLUS ORAL TABLET 8.6-50 MG (<i>sennosides/docusate sodium</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE 50 MG (<i>docusate sodium</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg</i> (Trilyte With Flavor Packets Oral Recon Soln 420 Gram)	F	QL (4000 ML por 30 días)
CHOLELITHOLYTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL ESTÓMAGO		
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	F	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	F	
DIGESTANTS - MEDICAMENTOS PARA EL ESTÓMAGO		
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500-15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (<i>lipase/protease/amylase</i>)	F	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA EL ESTÓMAGO		
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (<i>linaclotide</i>)	F	PA
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG (<i>naloxegol oxalate</i>)	F	PA
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG (<i>naloxegol oxalate</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	F	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	F	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	F	PA
HISTAMINE H2-ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y ACIDEZ ESTOMACAL		
ACID REDUCER (RANITIDINE) ORAL TABLET 75 MG (<i>ranitidine hcl</i>)		I
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	F	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	F	
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	F	
<i>famotidine oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	F	
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	F	
<i>ranitidine hcl oral syrup 15 mg/ml</i>	F	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg,</i>	F	
NEUROKININ-1 RECEPTOR ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS PARA LA NÁUSEA Y EL VÓMITO		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	F	PA
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	F	PA
PROKINETIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL ESTÓMAGO		
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	F	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
PROSTAGLANDINS - MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y ACIDEZ ESTOMACAL		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	F	
PROTECTANTS - MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y ACIDEZ ESTOMACAL		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (<i>sucralfate</i>)	F	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	F	
PROTON-PUMP INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y ACIDEZ ESTOMACAL		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>omeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
PREVACID 24HR ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 15 MG (<i>lansoprazole</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
GOLD COMPOUNDS		
GOLD COMPOUNDS		
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (<i>auranofin</i>)	F	
HEAVY METAL ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS REDUCTORES DE HIERRO		
HEAVY METAL ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS REDUCTORES DE HIERRO		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	F	
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	F	PA
HORMONAS AND SYNTHETIC SUBSTITUTES - HORMONAS		
ADRENALS - HORMONAS		
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (<i>mometasone furoate</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	F	QL (120 ML por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (10.2 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 80-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (30.6 GM por 30 días)
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (<i>dexamethasone</i>)	F	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	F	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	F	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	F	
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	F	QL (24 GM por 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	F	QL (21.2 GM por 30 días)
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	F	
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	F	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	F	
<i>methylprednisolone oral tablet 4 mg</i>	F	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	F	
MILLIPRED DP ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (21 TABS) (<i>prednisolone</i>)	F	
MILLIPRED ORAL TABLET 5 MG (<i>prednisolone</i>)	F	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	F	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	F	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (<i>prednisone</i>)	F	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	F	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	F	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	F	
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (<i>budesonide</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (<i>beclomethasone dipropionate</i>)	F	QL (10.6 GM por 30 días)
ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
AMYLINOMIMETICS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (<i>pramlintide acetate</i>)	F	PA
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (<i>pramlintide acetate</i>)	F	PA
ANDROGENS - HORMONAS		
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	F	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	F	
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	F	
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	F	PA
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	F	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	F	PA
ANTIESTROGENS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	F	SPO
ANTIPARATHYROID AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LOS HUESOS		
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	F	
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG (<i>cinacalcet hcl</i>)	F	
ANTITHYROID AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	F	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (<i>potassium iodide</i>)	F	
BIGUANIDES - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 5-500 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	F	
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	F	
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	F	
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (<i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG (<i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (120 EA por 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
CONTRACEPTIVES - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	F	12 MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol</i> (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	F	12 MO
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	F	12 MO
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fu oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	F	12 MO
ELLA ORAL TABLET 30 MG (<i>ulipristal acetate</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	F	12 MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	F	12 MO
GIANVI (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	F	12 MO
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	F	12 MO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	F	12 MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	F	12 MO

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	F	12 MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	F	12 MO
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	F	12 MO
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	F	12 MO
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	F	12 MO
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	F	12 MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	F	12 MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	F	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>norethindrone-ethinyl estradiol</i> (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	F	12 MO
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	F	12 MO
OGESTREL (28) ORAL TABLET 0.5-50 MG-MCG (<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	F	12 MO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i> (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	F	12 MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	F	12 MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	F	12 MO
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24 HR (<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>)	F	12 MO
<i>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol</i> (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	F	12 MO
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-15 mg, 12.5-30 mg, 12.5-45 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (<i>ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate</i>)	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
ESTROGEN AGONIST-ANTAGONISTS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	F	
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	F	SPO
ESTROGENS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	F	QL (8 EA por 28 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	F	QL (4 EA por 28 días)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	F	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	F	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	F	
<i>estrogens,esterified</i> (Menest Oral Tablet 0.3 Mg, 0.625 Mg, 1.25 Mg)	F	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>estrogens, conjugated</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	F	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (<i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i>)	F	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (<i>estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
GLYCOGENOLYTIC AGENTS - HORMONAS		
GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG/ML (<i>glucagon,human recombinant</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (<i>glucagon,human recombinant</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN) INJECTION RECON SOLN 1 MG (<i>glucagon,human recombinant</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
GONADOTROPINS - HORMONAS		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	F	PA
GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS - HORMONAS		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (<i>leuprolide acetate</i>)	F	PA
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	F	PA



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
INCRETIN MIMETICS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) (<i>semaglutide</i>)	F	ST; QL (1.5 ML por 28 días)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) (<i>semaglutide</i>)	F	ST; QL (3 ML por 28 días)
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (<i>liraglutide</i>)	F	ST
INSULINS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	F	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	F	
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (<i>insulin glulisine</i>)	F	
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin glulisine</i>)	F	
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin glargine, human recombinant analog</i>)	F	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	F	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed
90

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin nph human isophane</i>)	F	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human isophane</i>)	F	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	F	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	F	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	F	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	F	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	F	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	F	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	F	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	F	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human isophane</i>)	F	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	F	
INTERMEDIATE-ACTING INSULINS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin nph human isophane</i>)	F	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human isophane</i>)	F	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	F	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	F	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human isophane</i>)	F	
LONG-ACTING INSULINS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (<i>insulin glargine,human recombinant analog</i>)	F	
MEGLITINIDES - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	F	
PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LOS HUESOS		
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	F	
PITUITARY - HORMONAS		
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	F	
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (<i>somatropin</i>)	F	PA; SPO
PROGESTINS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hydroxyprogest(pf)(preg presv) intramuscular oil 250 mg/ml (1 ml)</i>	F	PA; SPO
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)</i>	F	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	F	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	F	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	F	QL (600 ML por 30 días)
<i>megestrol oral tablet 20 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>megestrol oral tablet 40 mg</i>	F	QL (240 EA por 30 días)
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	F	
RAPID-ACTING INSULINS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	F	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	F	
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (<i>insulin glulisine</i>)	F	
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin glulisine</i>)	F	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (<i>insulin lispro protamine and insulin lispro</i>)	F	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	F	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	F	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	F	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	F	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	F	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	F	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	F	
SHORT-ACTING INSULINS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	F	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	F	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (<i>insulin nph human isophane/insulin regular, human</i>)	F	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular, human</i>)	F	
SODIUM-GLUC COTRANSPORT 2 (SGLT2) INHIB - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	F	PA
SEGLUOMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (<i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
SEGLUOMET ORAL TABLET 2.5-500 MG (<i>ertugliflozin pidolate/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (120 EA por 30 días)
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG (<i>ertugliflozin pidolate</i>)	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
STEGLATRO ORAL TABLET 5 MG (<i>ertugliflozin pidolate</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (<i>ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate</i>)	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (30 EA por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>empagliflozin/metformin hcl</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
SULFONYLUREAS - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	F	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg</i>	F	QL (120 EA por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 5-500 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	F	
THIAZOLIDINEDIONES - MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-15 mg, 12.5-30 mg, 12.5-45 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	F	ST; QL (30 EA por 30 días)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	F	
THYROID AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA TIROIDES		
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (<i>thyroid,pork</i>)	F	
CYTOMEL ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG (<i>liothyronine sodium</i>)	F	
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 (<i>levothyroxine sodium</i>)	F	
<i>levothyroxine 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>	F	
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 (<i>levothyroxine sodium</i>)	F	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	F	
NP THYROID ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (<i>thyroid,pork</i>)	F	
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 (<i>levothyroxine sodium</i>)	F	
UNITHROID 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>levothyroxine sodium</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
5-ALPHA- INHIBIDORES DE REDUCTASA		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	F	
ANTIDOTES - MEDICAMENTOS PARA SOBREDOSIS O ENVENENAMIENTO		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	F	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (<i>glucagon,human recombinant</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN) INJECTION RECON SOLN 1 MG (<i>glucagon,human recombinant</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	F	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	F	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	F	
RENAGEL ORAL TABLET 800 MG (<i>sevelamer hcl</i>)	F	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	F	
SODIUM POLYSTYRENE (SORB FREE) ORAL SUSPENSION 15 GRAM/60 ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	F	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	F	
<i>sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution</i> (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 ML)	F	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (<i>potassium iodide</i>)	F	
ANTIGOUT AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	F	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	F	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	F	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	F	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	F	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg, 275 mg, 550 mg</i>	F	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	F	
BONE RESORPTION INHIBITORS - MEDICAMENTOS PARA LA PÉRDIDA DE HUESO		
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	F	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	F	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	F	QL (1 EA por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	F	
CARIOSTATIC AGENTS - VITAMINAS Y FLUORURO		
FLUORABON ORAL DROPS 0.25 MG(0.55 MG S.FLUOR)/0.6 ML (<i>fluoride (sodium)</i>)	F	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	F	
<i>fluoride (sodium) oral tablet,chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	F	
FLUORITAB ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (2.2 MG SOD. FLUORIDE) (<i>fluoride (sodium)</i>)	F	
FLURA-DROPS ORAL DROPS 0.25 MG(0.55 MG SOD.FLUOR)/DROP (<i>fluoride (sodium)</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-VIT WITH FLUORIDE-IRON ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -10 MG IRON/ML (<i>pediatric multivitamin no.45/sodium fluoride/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML (<i>pediatric multivitamin no.2/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 1 MG (<i>pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG (<i>pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTIVITAMINS WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG (<i>pediatric multivitamin no.16/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (<i>fluoride (sodium)</i>)	F	QL (51 GM por 30 días)
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG FLUOR. (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML (<i>pediatric multivit with a,c,d3 no.21/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
INHIBIDORES COMPLEMENTARIOS		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/3 ML (<i>icatibant acetate</i>)	F	PA; SPO
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	F	PA; SPO
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	F	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	F	SPO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (<i>auranofin</i>)	F	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	F	
IMMUNOMODULATORY AGENTS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA INMUNE		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	F	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	F	PA; SPO
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/ML, 40 Mg/ML)	F	PA; SPO
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	F	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	F	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	F	SPO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (<i>auranofin</i>)	F	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	F	
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS - MEDICAMENTOS PARA TRANSPLANTES		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	F	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	F	SPO
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	F	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	F	SPO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	F	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	F	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	F	
OTHER AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	F	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	F	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	F	
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG (<i>cinacalcet hcl</i>)	F	
AGENTES DE PROTECCIÓN		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	F	
OXYTOCICS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
OXYTOCICS - MEDICAMENTOS PARA LA MUJER		
<i>methylergonovine maleate</i> (Methergine Oral Tablet 0.2 Mg)	F	
RESPIRATORY TRACT AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LOS PULMONES		
ALPHA AND BETA ADRENERGIC AGONIST(RESPR) - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA/COPD		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML (1 ML) (<i>epinephrine</i>)	F	
ALAVERT D-12 ALLERGY-SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 5-120 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 ML)	F	
BROTAPP DM ORAL ELIXIR 1-15-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
<i>cetirizine-pseudoephedrine oral tablet extended release 12 hr 5-120 mg</i>	F	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	F	QL (2 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	F	
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed
100

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
LOHIST - D ORAL LIQUID 2-30 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
LORATADINE-D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10-240 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 120-1,200 MG (<i>guaifenesin/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
MUCINEX D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 60-600 MG (<i>guaifenesin/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
PEDIATRIC COUGH AND COLD ORAL LIQUID 1-15-5 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine/dextromethorphan</i>)	F	
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet extended release 120 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
RITIFED ORAL SYRUP 1.25-30 MG/5 ML (<i>triprolidine hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
RYNEX PSE ORAL LIQUID 1-15 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (120 ML por 30 días)
SUPHEDRIN ORAL LIQUID 15 MG/5 ML (<i>pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
WAL-ACT D COLD AND ALLERGY ORAL TABLET 2.5-60 MG (<i>triprolidine hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
WAL-PHED ORAL TABLET 4-60 MG (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
ANTICHOLINERGIC AGENTS (RESPIR. TRACT) - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA/COPD		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide</i>)	F	
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>)	F	QL (4 GM por 20 días)
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	F	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	F	
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	F	
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	F	
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (<i>aclidinium bromide</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
ANTITUSSIVES - MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TOS Y EL RESFRIADO		
ADULT ROBITUSSIN PEAK COLD M-S ORAL LIQUID 5-10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr/phenylephrine</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>benzonatate oral capsule 100 mg</i>	F	QL (180 EA por 30 días)
<i>benzonatate oral capsule 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 ML)	F	
BROTAPP DM ORAL ELIXIR 1-15-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
CHILD MUCINEX COUGH MINI-MELTS ORAL GRANULES IN PACKET 5-100 MG (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (<i>codeine phosphate/guaifenesin</i>)	F	QL (480 ML por 30 días)
MUCUS DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 30-600 MG (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	
MUCUS RELIEF COUGH ORAL LIQUID 5-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
NEO-TUSS ORAL LIQUID 30-200 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
NOHIST-DM ORAL LIQUID 4-10-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
PEDIATRIC COUGH AND COLD ORAL LIQUID 1-15-5 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine/dextromethorphan</i>)	F	
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	F	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
ROBITUSSIN PEDIATRIC ORAL SYRUP 7.5 MG/5 ML (<i>dextromethorphan hbr</i>)	F	
SCOT-TUSSIN DM ORAL LIQUID 2-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/dextromethorphan hbr</i>)	F	
SCOT-TUSSIN SENIOR ORAL LIQUID 15-200 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
SUPRESS DX ORAL DROPS 2.5-5-50 MG/ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr/phenylephrine</i>)	F	QL (30 ML por 30 días)
TUSSIN DM ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
TUSSIN DM ORAL SYRUP 10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
EXPECTORANTS - MEDICAMENTOS PARA LOS PULMONES		
ADULT ROBITUSSIN PEAK COLD M-S ORAL LIQUID 5-10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr/phenylephrine</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
CHILD MUCINEX COUGH MINI-MELTS ORAL GRANULES IN PACKET 5-100 MG (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	
CHILDREN'S STUFFY NOSE-COLD ORAL LIQUID 2.5-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>)	F	
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
EXPECTORANT ORAL LIQUID 100 MG/5 ML (<i>guaifenesin</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (<i>codeine phosphate/guaifenesin</i>)	F	QL (480 ML por 30 días)
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 120-1,200 MG (<i>guaifenesin/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
MUCINEX D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 60-600 MG (<i>guaifenesin/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12HR 1,200 MG (<i>guaifenesin</i>)	F	
MUCUS DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 30-600 MG (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
MUCUS RELIEF COUGH ORAL LIQUID 5-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
MUCUS RELIEF ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12HR 600 MG (<i>guaifenesin</i>)	F	
NEO-TUSS ORAL LIQUID 30-200 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
SCOT-TUSSIN SENIOR ORAL LIQUID 15-200 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (<i>potassium iodide</i>)	F	
SUPRESS DX ORAL DROPS 2.5-5-50 MG/ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr/phenylephrine</i>)	F	QL (30 ML por 30 días)
TUSSIN DM ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
TUSSIN DM ORAL SYRUP 10-100 MG/5 ML (<i>guaifenesin/dextromethorphan hbr</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
FIRST GENERATION ANTIHIST.(RESPIR TRACT) - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
BENADRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5 ML (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i> (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 Ml)	F	
BROTAPP DM ORAL ELIXIR 1-15-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
CHILDREN'S WAL-DRYL ALLERGY ORAL PREFILLED SPOON 12.5 MG/5 ML (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	F	
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet extended release 12 mg</i>	F	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	F	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	F	
DIMETAPP COLD-ALLERGY (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl</i>)	F	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) ORAL SOLUTION 1-2.5-5 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
<i>diphenhydramine hcl oral syrup 12.5 mg/5 ml</i>	F	QL (240 ML por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy;
AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	F	QL (100 EA por 30 días)
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	F	PA; QL (12 EA por 30 días)
ED CHLORPED JR ORAL SYRUP 2 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate</i>)	F	
LOHIST - D ORAL LIQUID 2-30 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
NIGHTTIME SLEEP AID (DIPHEN) ORAL TABLET 25 MG (<i>diphenhydramine hcl</i>)	F	QL (100 EA por 30 días)
NOHIST-DM ORAL LIQUID 4-10-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/phenylephrine hcl/dextromethorphan</i>)	F	
PEDIATRIC COUGH AND COLD ORAL LIQUID 1-15-5 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine/dextromethorphan</i>)	F	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	F	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	F	
<i>phenylephrine hcl/promethazine hcl</i> (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 Ml)	F	
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	F	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5 ml</i>	F	QL (480 ML por 30 días); AR(18 Años Mínimo)
RITIFED ORAL SYRUP 1.25-30 MG/5 ML (<i>triprolidine hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
RYNEX PSE ORAL LIQUID 1-15 MG/5 ML (<i>brompheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (120 ML por 30 días)
SCOT-TUSSIN DM ORAL LIQUID 2-15 MG/5 ML (<i>chlorpheniramine maleate/dextromethorphan hbr</i>)	F	
SINUS CONGESTION-PAIN(CHLORPH) ORAL TABLET 2-5-325 MG (<i>phenylephrine hcl/acetaminophen/chlorpheniramine</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
WAL-ACT D COLD AND ALLERGY ORAL TABLET 2.5-60 MG (<i>triprolidine hcl/pseudoephedrine hcl</i>)	F	
WAL-PHED ORAL TABLET 4-60 MG (<i>chlorpheniramine maleate/pseudoephedrine hcl</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
LEUKOTRIENE MODIFIERS - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
MAST-CELL STABILIZERS - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>cromolyn nasal spray, non-aerosol 5.2 mg/spray (4 %)</i>	F	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	F	
MUCOLYTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LOS PULMONES		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	F	
NASAL PREPARATIONS (STEROIDS) - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	F	QL (32 GM por 30 días)
NASACORT NASAL AEROSOL, SPRAY 55 MCG (<i>triamcinolone acetonide</i>)	F	
ORALLY INHALED PREPARATIONS (STEROIDS) - MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS		
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (<i>mometasone furoate</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	F	QL (120 ML por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (10.2 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 80-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (30.6 GM por 30 días)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	F	QL (60 EA por 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	F	QL (24 GM por 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone propionate</i>)	F	QL (21.2 GM por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	F	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	F	ST; QL (60 EA por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (<i>budesonide</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (<i>beclomethasone dipropionate</i>)	F	QL (10.6 GM por 30 días)
SECOND GENERATION ANTIHIST(RESPIR TRACT) - MEDICAMENTOS PARA LAS ALERGIAS		
ALAVERT D-12 ALLERGY-SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 5-120 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	F	
<i>cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	F	
<i>cetirizine oral tablet, chewable 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>cetirizine-pseudoephedrine oral tablet extended release 12 hr 5-120 mg</i>	F	
CHILDREN'S CLARITIN ORAL TABLET, CHEWABLE 5 MG (<i>loratadine</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>fexofenadine oral suspension 30 mg/5 ml</i>	F	
<i>fexofenadine oral tablet 180 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>fexofenadine oral tablet 60 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>loratadine oral solution 5 mg/5 ml</i>	F	
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	F	
<i>loratadine oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
LORATADINE-D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10-240 MG (<i>loratadine/pseudoephedrine sulfate</i>)	F	
SELECT.BETA-2-ADRENERGIC AGONIST(RESPIR) - MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA/COPD		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	F	QL (36 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	F	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	F	
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	F	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (<i>umeclidinium bromide/vilanterol trifenate</i>)	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
BROVANA INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 15 MCG/2 ML (<i>arformoterol tartrate</i>)	F	ST
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (10.2 GM por 30 días)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 80-4.5 mcg/actuation</i>	F	QL (30.6 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>)	F	QL (4 GM por 20 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	F	ST; QL (1 EA por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	F	ST; QL (60 EA por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	F	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	F	
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	F	
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (<i>salmeterol xinafoate</i>)	F	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	F	
VASODILATING AGENTS (RESPIRATORY TRACT) - MEDICAMENTOS PARA LOS PULMONES		
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	F	PA; SPO
XANTHINE DERIVATIVES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA/COPD		
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	F	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ALLYLAMINES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ATHLETE'S FOOT (TERBINAFINE) TOPICAL CREAM 1 % (<i>terbinafine hcl</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ANTIBACTERIALS (SKIN, MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
<i>bacitracin topical ointment 500 unit/gram</i>	F	
<i>bacitracin zinc topical ointment 500 unit/gram</i>	F	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	F	
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	F	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	F	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	F	
CORTISPORIN TOPICAL OINTMENT 1 % (<i>neomycin/bacitracin/polymyxin b/hydrocortisone</i>)	F	
DOUBLE ANTIBIOTIC (B.TRACN ZN) TOPICAL OINTMENT 500-10,000 UNIT/GRAM (<i>bacitracin zinc/polymyxin b sulfate</i>)	F	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	F	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	F	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	F	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	F	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	F	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	F	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	F	QL (70 GM por 30 días)
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	F	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	F	
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	F	
POLYSPORIN TOPICAL PACKET 500-10,000 UNIT/GRAM (<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>)	F	
TRIPLE ANTIBIOTIC TOPICAL OINTMENT 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM (<i>neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin b</i>)	F	
TRIPLE ANTIBIOTIC-PAIN RELIEF TOPICAL OINTMENT 3.5- 500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G (<i>neomycin sulf/bacitracin zinc/polymyxin b sulf/pramoxine hcl</i>)	F	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN, MUCOUS) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
BETA-HC TOPICAL LOTION 1 % (<i>hydrocortisone</i>)	F	QL (120 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	F	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	F	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	F	QL (50 ML por 30 días)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	F	QL (100 GM por 30 días)
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	F	QL (90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (<i>hydrocortisone acetate</i>)	F	
CORTISPORIN TOPICAL OINTMENT 1 % (<i>neomycin/bacitracin/polymyxin b/hydrocortisone</i>)	F	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 15 días)
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	F	QL (120 ML por 15 días)
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 15 días)
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	F	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	F	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide/emollient base</i> (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	F	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	F	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	F	
<i>hydrocortisone acetate topical cream 0.5 %, 1 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate topical ointment 1 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
HYDROCORTISONE PLUS TOPICAL CREAM 1 % (<i>hydrocortisone/aloë vera</i>)	F	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	F	
<i>hydrocortisone topical cream 0.5 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>	F	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	F	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	F	
<i>hydrocortisone topical ointment 0.5 %, 1 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	F	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	F	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetanide</i> (Oralene Dental Paste 0.1 %)	F	
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	F	
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> (Proctofoam Hc Rectal Foam 1-1 %)	F	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Pak Topical Cream With Perineal Applicator 1 %)	F	
SCALPICIN ANTI-ITCH TOPICAL SOLUTION 1 % (<i>hydrocortisone</i>)	F	QL (74 ML por 30 días)
<i>triamcinolone acetanide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetanide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetanide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetanide</i> (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	F	
ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ASPERCREME (LIDOCAINE) TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 4 % (<i>lidocaine</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	F	QL (12 EA por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl</i> (Proctofoam Hc Rectal Foam 1-1 %)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
ANTIVIRALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ABREVA TOPICAL CREAM 10 % (<i>docosanol</i>)	F	QL (2 GM por 15 días)
ASTRINGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
FLANDERS BUTTOCKS TOPICAL OINTMENT (<i>balsam peru/zinc oxide</i>)	F	
AZOLES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
3 DAY VAGINAL VAGINAL CREAM 200 MG/5 GRAM (4 %) (<i>miconazole nitrate</i>)	F	QL (25 GM por 30 días)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	F	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	F	QL (90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	F	QL (90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	F	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	F	
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	F	
MICONAZOLE 7 VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>miconazole nitrate</i>)	F	QL (7 EA por 30 días)
<i>miconazole nitrate topical cream 2 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>miconazole nitrate vaginal comb pack,prefill appl, cream 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram)</i>	F	QL (24 GM por 30 días)
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	F	QL (45 GM por 30 días)
MICONAZOLE-3 VAGINAL KIT 200 MG- 2 % (9 GRAM) (<i>miconazole nitrate</i>)	F	QL (1 EA por 30 días)
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (<i>miconazole nitrate</i>)	F	QL (3 EA por 30 días)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	F	QL (90 GM por 30 días)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	F	QL (20 GM por 30 días)
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	F	QL (3 EA por 30 días)
BASIC LOTIONS AND LINIMENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	F	
<i>calamine topical lotion</i>	F	
<i>calamine-zinc oxide topical lotion 8-8 %</i>	F	
GERI-HYDROLAC TOPICAL LOTION 12 % (<i>ammonium lactate</i>)	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
BASIC OINTMENTS AND PROTECTANTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
AMLACTIN TOPICAL CREAM (<i>sodium lactate/ammonium lactate/potassium lactate</i>)	F	
DESITIN TOPICAL CREAM 13 % (<i>zinc oxide</i>)	F	
TRIPLE PASTE TOPICAL OINTMENT 12.8 % (<i>zinc oxide</i>)	F	
<i>zinc oxide topical ointment , 40 %</i>	F	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	F	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	F	
CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	F	QL (45 GM por 30 días); AR (35 Años Máximo)
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i>	F	QL (45 GM por 30 días); AR (35 Años Máximo)
CORTICOSTEROIDS (SKIN, MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
BETA-HC TOPICAL LOTION 1 % (<i>hydrocortisone</i>)	F	QL (120 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	F	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	F	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	F	QL (50 ML por 30 días)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	F	QL (100 GM por 30 días)
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	F	QL (90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	F	QL (60 ML por 30 días)
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (<i>hydrocortisone acetate</i>)	F	
CORTISPORIN TOPICAL OINTMENT 1 % (<i>neomycin/bacitracin/polymyxin b/hydrocortisone</i>)	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 15 días)
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	F	QL (120 ML por 15 días)
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	F	QL (60 GM por 15 días)
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	F	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	F	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	F	
<i>fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)</i>	F	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	F	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	F	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	F	
<i>hydrocortisone acetate topical cream 0.5 %, 1 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate topical ointment 1 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
HYDROCORTISONE PLUS TOPICAL CREAM 1 % (<i>hydrocortisone/aloe vera</i>)	F	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	F	
<i>hydrocortisone topical cream 0.5 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>	F	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	F	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	F	
<i>hydrocortisone topical ointment 0.5 %, 1 %</i>	F	QL (30 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	F	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	F	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)</i>	F	
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	F	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	F	
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine hcl (Proctofoam Hc Rectal Foam 1-1 %)</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Pak Topical Cream With Perineal Applicator 1 %)	F	
SCALPICIN ANTI-ITCH TOPICAL SOLUTION 1 % (<i>hydrocortisone</i>)	F	QL (74 ML por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	F	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	F	
HYDROXYPYRIDONES (SKIN, MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	F	QL (6.6 ML por 30 días)
KERATOLYTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ACNE MEDICATION TOPICAL LOTION 10 %, 5 % (<i>benzoyl peroxide</i>)	F	
AQUA CARE TOPICAL LOTION 10 % (<i>urea</i>)	F	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 10 %, 5 %</i>	F	
<i>benzoyl peroxide topical gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	F	
CLEARASIL DAILY CLEAR(BENZOYL) TOPICAL CREAM 10 % (<i>benzoyl peroxide</i>)	F	
WART REMOVER TOPICAL GEL 17 % (<i>salicylic acid</i>)	F	
WART REMOVER TOPICAL LIQUID 17 % (<i>salicylic acid</i>)	F	
KERATOPLASTIC AGENTS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (<i>anthralin</i>)	F	
LOCAL ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (<i>alcohol antiseptic pads</i>)	F	
ANTI-DANDRUFF WITH MENTHOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (<i>selenium sulfide/menthol</i>)	F	
HIBICLENS TOPICAL LIQUID 4 % (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	F	
<i>povidone-iodine topical solution 10 %</i>	F	
<i>povidone-iodine topical swab 10 %</i>	F	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	F	
SELSUN BLUE TOPICAL SHAMPOO 1 % (<i>selenium sulfide</i>)	F	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	F	
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMAT.AGENTS(SKIN) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	F	QL (500 GM por 30 días)
POLYENES (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	F	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	F	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	F	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	F	
<i>nystatin</i> (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	F	
SCABICIDES AND PEDICULICIDES - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
LICE KILLING TOPICAL SHAMPOO 0.33-4 % (<i>piperonyl butoxide/pyrethrins</i>)	F	QL (472 ML por 30 días)
LICE TREATMENT (PERMETHRIN) TOPICAL LIQUID 1 % (<i>permethrin</i>)	F	QL (236 ML por 30 días)
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	F	QL (118 ML por 30 días)
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
RID COMPLETE LICE ELIM KIT TOPICAL KIT 4-0.33-0.5 % (<i>piperonyl butoxide/pyrethrins/permethrin</i>)	F	QL (2 EA por 30 días)
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	F	QL (240 ML por 30 días)
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISC. - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
<i>adapalene topical gel 0.1 %, 0.3 %</i>	F	QL (45 GM por 30 días); AR (35 Años Máximo)
ARTHRITIS PAIN RELIEF(CAPSAIC) TOPICAL CREAM 0.075 % (<i>capsaicin</i>)	F	QL (60 GM por 30 días)
<i>capsaicin topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	F	QL (60 GM por 30 días)
CONDYLOX TOPICAL GEL 0.5 % (<i>podofilox</i>)	F	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	F	QL (500 GM por 30 días)
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	F	PA
FLUOROPLEX TOPICAL CREAM 1 % (<i>fluorouracil</i>)	F	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	F	PA
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	F	QL (12 EA por 28 días)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	F	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (<i>collagenase clostridium histolyticum</i>)	F	QL (90 GM por 30 días)
THIOCARBAMATES(SKIN AND MUCOUS MEMBRANE) - MEDICAMENTOS PARA LA PIEL		
ANTIFUNGAL (TOLNAFTATE) TOPICAL CREAM 1 % (<i>tolnaftate</i>)	F	
BLIS-TO-SOL (TOLNAFTATE) TOPICAL SOLUTION 1 % (<i>tolnaftate</i>)	F	
SMOOTH MUSCLE RELAXANTS - MEDICAMENTOS RELAJANTES MUSCULARES		
ANTIMUSCARINICS - MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA URINARIO		
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	F	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>	F	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 4 mg</i>	F	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>tolterodine oral tablet 2 mg</i>	F	
RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS - MEDICAMENTOS PARA LOS PULMONES		
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	F	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	F	QL (90 EA por 30 días)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	F	QL (60 EA por 30 días)
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	F	QL (30 EA por 30 días)
VITAMINS		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CEROVITE JR ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON- 10 MCG (<i>pediatric multivitamin no.158/ferrous fumarate/phytonadione</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
CHEWABLE-VITE ORAL TABLET,CHEWABLE (<i>multivitamin</i>)	F	
CHILDREN'S CHEW MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (<i>pediatric multivitamin no.17</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
CHILDREN'S CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE (<i>multivitamin</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
CHILD'S CHEWABLE VITAMINS/IRON ORAL TABLET,CHEWABLE (<i>multivitamin with iron</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
COMPLETE MULTIVITAMIN ORAL TABLET (<i>multivitamin,therapeutic with iron and minerals</i>)	F	
COMPLETE SENIOR ORAL TABLET (<i>multivitamin with iron and other minerals</i>)	F	
HONEY BEARS WITH IRON-ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 4.5 MG (<i>pediatric multivitamin no.159/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-DAY PLUS MINERALS ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (<i>multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit k</i>)	F	
MULTILEX ORAL TABLET 15 MG IRON (<i>multivitamin with minerals/ferrous sulfate</i>)	F	
MULTILEX-T AND M ORAL TABLET 15 MG IRON (<i>multivitamin with minerals/ferrous fumarate</i>)	F	
MULTIPLE VITAMIN, WOMENS ORAL TABLET (<i>multivit with calcium, iron, and other minerals</i>)	F	
MULTI-VIT WITH FLUORIDE-IRON ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -10 MG IRON/ML (<i>pediatric multivitamin no.45/sodium fluoride/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML (<i>pediatric multivitamin no.2/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; **PA**=Prior Authorization; **C1**=Code 1; **QL**=Quantity Limit; **ST**=Step Therapy; **AR**=Age Restriction; **SPO**=Specialty Pharmacy; **12 MO**=Up to a 12-month Supply Allowed

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 1 MG (<i>pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG (<i>pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
<i>multivitamin with iron oral tablet</i>	F	
<i>multivitamin with minerals oral tablet</i>	F	
MULTIVITAMINS WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG (<i>pediatric multivitamin no.16/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-VITAMINS WITH IRON ORAL TABLET,CHEWABLE (<i>multivitamin with iron and other minerals</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>multivitamin-minerals no.60/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	
O-CAL F.A. ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>multivitamin with minerals no.61/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (<i>multivitamin with minerals/ferrous sulfate</i>)	F	
P D NATAL VITAMINS-FOLIC ACID ORAL TABLET (<i>prenatal vitamin calcium,iron,folic acid (less than 1 mg)</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PEDIA POLY-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (<i>pediatric multivitamin no.171</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
PEDIA TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG -400 UNIT/ML (<i>vitamin a palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit d3)</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
PNV 29-1 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)
POLY-VI-SOL ORAL DROPS 750-35-400 UNIT-MG-UNIT/ML (<i>pediatric multivitamin no.81</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
POLY-VI-SOL WITH IRON ORAL DROPS 750 UNIT-400 UNIT-10 MG/ML (<i>pediatric multivitamin no.80/ferrous sulfate</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.74/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>prenatal vits96-iron fum-folic oral tablet 27 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRETAB ORAL TABLET 29-1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
SUPER MULTIPLE ORAL TABLET (<i>multivitamin with iron and other minerals</i>)	F	
THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT) ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (<i>multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid</i>)	F	
THERA ORAL TABLET (<i>multivitamin,therapeutic</i>)	F	
THERAPEUTIC-M VITAMIN/MINERALS ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivit,therapeutic with calcium,iron,minerals/folic acid</i>)	F	
THEREMS-M ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivitamin,therapeutic with iron and minerals</i>)	F	
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG FLUOR. (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML (<i>pediatric multivit with a,c,d3 no.21/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
VINATE M ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vits with calcium 136/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
VITAMINS AND MINERALS ORAL TABLET (<i>multivitamin,therapeutic with minerals</i>)	F	
WOMEN'S DAILY FORMULA ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivit with calcium, iron, and other minerals</i>)	F	
VITAMINA A		
PEDIA TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG -400 UNIT/ML (<i>vitamin a palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit d3)</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG FLUOR. (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML (<i>pediatric multivit with a,c,d3 no.21/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed
120

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
COMPLEJO DE VITAMINA B		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	F	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg</i>	F	
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	F	PA; QL (12 EA por 30 días)
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	F	
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	F	
FULL SPECTRUM B-VITAMIN C ORAL TABLET 0.8 MG (<i>folic acid/vitamin b complex and vitamin c</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
MULTI-DAY PLUS MINERALS ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (<i>multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit k</i>)	F	
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>multivitamin-minerals no.60/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	
O-CAL F.A. ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>multivitamin with minerals no.61/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	
PNV 29-1 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (<i>prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.74/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (<i>prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
<i>prenatal vits96-iron fum-folic oral tablet 27 mg iron- 800 mcg</i>	F	AR (50 Años Máximo)
PRETAB ORAL TABLET 29-1 MG (<i>prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	F	
RENA-VITE RX ORAL TABLET 1-60-300 MG-MG-MCG (<i>vitamin b complex no.3/folic acid/ascorbic acid(vitc)/biotin</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT) ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (<i>multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid</i>)	F	
THERAPEUTIC-M VITAMIN/MINERALS ORAL TABLET 27-0.4 MG (<i>multivit,therapeutic with calcium,iron,minerals/folic acid</i>)	F	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	F	
VINATE M ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (<i>prenatal vits with calcium 136/ferrous fumarate/folic acid</i>)	F	AR (50 Años Máximo)
VITAMIN B-1 ORAL TABLET 100 MG, 250 MG, 50 MG (<i>thiamine hcl</i>)	F	
VITAMIN B-12 ORAL TABLET 1,000 MCG (<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>)	F	
VITAMIN B-6 ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	F	
VITAMINA C		
FULL SPECTRUM B-VITAMIN C ORAL TABLET 0.8 MG (<i>folic acid/vitamin b complex and vitamin c</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
PEDIA TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG -400 UNIT/ML (<i>vitamin a palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit d3)</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
RENA-VITE RX ORAL TABLET 1-60-300 MG-MG-MCG (<i>vitamin b complex no.3/folic acid/ascorbic acid(vitc)/biotin</i>)	F	QL (30 EA por 30 días)
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG FLUOR. (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML (<i>pediatric multivit with a,c,d3 no.21/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
VITAMINA D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	F	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 125 mcg (5,000 unit), 250 mcg (10,000 unit)</i>	F	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 10 mcg/ml (400 unit/ml)</i>	F	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 50 mcg (2,000 unit)</i>	F	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet,chewable 10 mcg (400 unit)</i>	F	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	F	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	F	

BRIEF DESCRIPTION | ABBREVIATIONS

F=Formulary; PA=Prior Authorization; C1=Code 1; QL=Quantity Limit; ST=Step Therapy; AR=Age Restriction; SPO=Specialty Pharmacy; 12 MO=Up to a 12-month Supply Allowed
122

Nombre del Medicamento Recetado	Nivel de Marca	Requisitos y Límites de Cobertura
PEDIA TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG -400 UNIT/ML (<i>vitamin a palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit d3)</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG FLUOR. (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML (<i>pediatric multivit with a,c,d3 no.21/sodium fluoride</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
VITAMIN D3 ORAL CAPSULE 10 MCG (400 UNIT), 100 MCG (4,000 UNIT), 25 MCG (1,000 UNIT), 50 MCG (2,000 UNIT) (<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>)	F	
VITAMIN D3 ORAL TABLET 10 MCG (400 UNIT), 125 MCG (5,000 UNIT), 25 MCG (1,000 UNIT) (<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>)	F	
ACTIVIDAD DE VITAMINA K		
CEROVITE JR ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON- 10 MCG (<i>pediatric multivitamin no.158/ferrous fumarate/phytonadione</i>)	F	AR (5 Años Máximo)
MULTI-DAY PLUS MINERALS ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (<i>multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit k</i>)	F	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	F	



Llame a Servicios para Miembros de IEHP al número gratuito 1-800-440-IEHP (4347), lunes – viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. O visítenos en www.iehp.org.

Index of Drugs

3

3 DAY VAGINAL..... 112

A

ABREVA 112

acarbose..... 84

acetaminophen..... 54

acetaminophen-codeine... 54, 61,

62

acetazolamide..... 45, 69, 74

acetic acid..... 75

acetylcysteine 100, 106

ACID REDUCER

(RANITIDINE)..... 82

ACNE MEDICATION..... 115

ACTHIB (PF)..... 24

acyclovir..... 19

ADACEL(TDAP

ADOLESN/ADULT)(PF) .. 23

adapalene..... 116

ADMELOG SOLOSTAR U-

100 INSULIN..... 90, 93

ADMELOG U-100 INSULIN

LISPRO 90, 93

ADRENALIN..... 28, 100

ADULT ROBITUSSIN PEAK

COLD M-S..... 29, 102, 103

ADVANCED ANTACID-

ANTIGAS 77, 79

AEROCHAMBER PLUS

FLOW-VU 66

AFINITOR 20

AFLURIA QD 2019-20(3YR

UP)(PF) 24

AFLURIA QD 2019-20(6-

35MO)(PF)..... 24

AFLURIA QUAD 2019-

20(6MO UP)..... 24

ALAVERT D-12 ALLERGY-

SINUS 14, 28, 100, 107

albuterol sulfate..... 33, 107

ALCOHOL PREP PADS..... 115

ALDACTAZIDE.. 50, 51, 69, 71

alendronate 96

ALLERGY EYE

(NAPHAZOLINE-PHEN) . 77

allopurinol 96

alogliptin..... 88

alogliptin-metformin 85, 88

alogliptin-pioglitazone 88, 95

alprazolam 59

amiloride..... 51, 69

amiloride-hydrochlorothiazide

..... 51, 69, 71

amiodarone 47

AMITIZA 79

amitriptyline 65

AMLACTIN..... 113

amlodipine..... 43, 48, 49, 52

amlodipine-benazepril 39, 40,

43, 48, 49, 52

amlodipine-valsartan . 39, 43, 48,

49, 52

ammonium lactate 112

amoxicillin..... 15

amoxicillin-pot clavulanate 16

ampicillin..... 16

ampicillin-sulbactam 16

anagrelide 38

anastrozole..... 20, 85

ANORO ELLIPTA.. 30, 33, 101,

108

ANTACID MAXIMUM

STRENGTH 77, 79

ANTI-DANDRUFF WITH

MENTHOL 115

ANTI-DIARRHEAL

(LOPERAMIDE)..... 78

ANTIFUNGAL

(TOLNAFTATE) 117

APIDRA SOLOSTAR U-100

INSULIN..... 90, 93

APIDRA U-100 INSULIN... 90,

93

aprepitant..... 82

Apri..... 86

AQUA CARE..... 115

ARANESP (IN

POLYSORBATE)..... 34, 35

ARMOUR THYROID 95

ARTHRITIS PAIN

RELIEF(CAPSAIC)..... 116

ARTIFICIAL TEARS

(PETRO/MIN)..... 76

ARTIFICIAL

TEARS(DEXT70-HYPRO)

..... 76

ARTIFICIAL

TEARS(PVALCH-POVID)

..... 76

ASMANEX TWISTHALER. 83,

106

ASPERCREME (LIDOCAINE)

..... 111

aspirin 37, 38, 57, 63, 64

atenolol 34, 41, 46

atenolol-chlorthalidone.... 34, 41,

47, 52, 72

ATHLETE'S FOOT

(TERBINAFINE) 108

atomoxetine 60

atorvastatin 49

atovaquone..... 16

atropine 77

ATROVENT HFA..... 30, 101

AUGMENTIN..... 16

AVASTIN..... 20

AYR SALINE 76

azathioprine 97, 98, 99

azelastine 72

azithromycin 19

Azurette (28)..... 86

B

bacitracin 73, 109

bacitracin zinc..... 109

bacitracin-polymyxin b..... 73

baclofen 32

balsalazide 79

Balziva (28) 86

BASAGLAR KWIKPEN U-100

INSULIN 90, 92

bcg vaccine, live (pf)..... 24

BD SHARPS COLLECTOR.. 66

BD ULTRA-FINE ORIG PEN

NEEDLE..... 66

BD ULTRA-FINE SHORT PEN

NEEDLE..... 66

BENADRYL ALLERGY..... 12,

104

benazepril 40

benazepril-hydrochlorothiazide

..... 40, 51, 71

benzonatate 102

benzoyl peroxide 115

BETA-HC..... 109, 113

betamethasone dipropionate 109, 110, 113	calcium gluconate.....70	chloramphenicol sod succinate17
betamethasone valerate 110, 113	CAMRESE86	chlordiazepoxide hcl.....59
betamethasone, augmented.. 110, 113	capsaicin 116	chlorhexidine gluconate.....75
bethanechol chloride32	captopril.....40	chloroquine phosphate.....16
bexarotene20	CARAFATE82	chlorothiazide51, 71
BEXSERO.....24	carbamazepine55, 56	chlorpheniramine maleate12, 13, 104
BICILLIN L-A18	CARBAMOXIDE EAR DROPS75	chlorthalidone52, 72
BIOTHRAX24	CARBATROL.....55, 57	cholecalciferol (vitamin d3) .122
bisacodyl.....80	carbidopa-levodopa60	cholestyramine (with sugar) ...42
Blisovi 24 Fe86	carbidopa-levodopa-entacapone60	Cholestyramine Light42
BLIS-TO-SOL (TOLNAFTATE) 117	carvedilol..32, 33, 38, 41, 47, 49	ciclopirox115
blood pressure kit med and lrg66	CAYA CONTOURED65	cilostazol.....38, 51
blood pressure kit-extra large.66	Caziant (28).....86	CILOXAN73
blood pressure test kit-large ...66	cefaclor15	cimetidine82
blood pressure test kit-medium66	cefazolin14	cimetidine hcl82
blood pressure test kit-wrist ...66	cefdinir.....15	CIPRODEX73, 74
BOOSTRIX TDAP23	ceftazidime15	ciprofloxacin.....17, 19
BRILINTA38	ceftriaxone15	ciprofloxacin hcl.....17, 19, 73
brimonidine72	cefuroxime axetil.....15	citalopram64
Bromfed Dm...28, 100, 102, 104	celecoxib.....60	CITRUCEL.....80
bromocriptine60	cephalexin.....14, 15	clarithromycin.....17, 19
BROTAPP DM28, 100, 102, 104	CEROVITE JR.....35, 118, 123	CLEARASIL DAILY CLEAR(BENZOYL).....115
BROVANA33, 108	cetirizine14, 107	clindamycin hcl18
budesonide.....83, 106	cetirizine-pseudoephedrine....14, 28, 100, 107	clindamycin palmitate hcl.....18
budesonide-formoterol33, 83, 106, 108	CHANTIX31	clindamycin phosphate109
bumetanide50, 69	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX.....31	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE68
bupropion hcl.....56	CHANTIX STARTING MONTH BOX.....31	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE68
bupropion hcl (smoking deter)56	CHEMET.....83, 96	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....68
buspiron58	CHEWABLE-VITE118	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE.....68
butalbital-acetaminophen-caff54, 57, 59, 63	CHILD MUCINEX COUGH MINI-MELTS102, 103	CLINISOL SF 15 %.....68
butalbital-aspirin-caffeine38, 57, 59, 63, 64	CHILDREN'S ACETAMINOPHEN.....54	clobetasol.....110, 113
C	CHILDREN'S CHEW MULTIVITAMIN118	clobetasol-emollient110, 113
cabergoline60	CHILDREN'S CHEWABLE118	clonazepam59
calamine112	CHILDREN'S CLARITIN14, 107	clonidine29, 46
calamine-zinc oxide.....112	CHILDREN'S STUFFY NOSE- COLD29, 103	clonidine hcl29, 46
calcitonin (salmon).....85, 92, 96	CHILDREN'S WAL-DRYL ALLERGY12, 104	clopidogrel38
calcitriol.....122	CHILD'S CHEWABLE VITAMINS/IRON.....118	clotrimazole112
CALCIUM 60070		clotrimazole-betamethasone 110, 112, 113
calcium acetate70		colchicine.....96
calcium acetate(phosphat bind)69		COMBIVENT RESPIMAT...30, 33, 101, 108
calcium carbonate.....70, 77		

COMPLETE MULTIVITAMIN	35, 118	dextroamphetamine- amphetamine	53	DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	65
COMPLETE SENIOR	118	dextrose 10 % in water (d10w)	68	E	
CONDOMS-PREM LUBRICATED.....	65	dextrose 5 % in water (d5w)...	68	econazole	112
CONDYLOX	116	DIABETIC TUSSIN DM....	102, 103	ED CHLORPED JR .	12, 13, 105
CORLANOR.....	45	DIASTIX	67	EFFER-K.....	70
CORTIFOAM	110, 113	diazepam.....	59, 60	electrolyte-48 in d5w.....	70
CORTISPORIN....	109, 110, 113	diclofenac potassium	62	ELIGARD.....	21, 89
COTELLIC.....	20	diclofenac sodium.....	62, 76, 116	ELIGARD (3 MONTH) ...	21, 89
COUMADIN.....	34	dicloxacillin	19	ELIGARD (4 MONTH) ...	21, 89
CREON	81	dicyclomine	30	ELIGARD (6 MONTH) ...	21, 89
cromolyn.....	72, 106	didanosine.....	18	ELIQUIS.....	34
cyanocobalamin (vitamin b-12)	121	digoxin.....	40, 45	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	34
cyclobenzaprine.....	31	DILANTIN.....	46, 61	ELLA	86
cycloserine.....	17	Dilantin Extended.....	46, 61	ELMIRON.....	100
cyclosporine modified.....	98, 99	Dilantin Infatabs	46, 61	EMPLICITI	21
cyproheptadine	12, 104	DILANTIN-125.....	46, 61	enalapril maleate.....	40
CYRAMZA	20	DILATRATE-SR	50	enalapril-hydrochlorothiazide	40, 51, 72
CYTOMEL.....	95	diltiazem hcl ..	42, 43, 44, 45, 47, 52	ENBREL.....	98, 99, 116
D		DILT-XR..	42, 43, 44, 45, 47, 53	ENBREL MINI	98, 116
dapsone.....	16	DIMETAPP COLD-ALLERGY (PE).....	13, 30, 104	ENBREL SURECLICK ..	98, 99, 116
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	23	DIMETAPP DM COLD- COUGH (PE)	13, 30, 102, 104	ENEMA	80
DARZALEX	20	diphenhydramine hcl	12, 104, 105	ENGERIX-B (PF)	24
deferasirox	83	diphenoxylate-atropine	30, 78, 101	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	24
DELUXE ARM BLOOD PRESSURE MON.....	66	DIURIL	51, 71	enoxaparin	35
DEPAKOTE.....	55, 57	divalproex	55, 57, 58	entacapone	60
DEPAKOTE ER.....	55, 57	docusate sodium	80	entecavir	19
DEPAKOTE SPRINKLES ...	55, 57	donepezil	32	Enulose	68
DEPO-PROVERA	92	dorzolamide.....	74	epinephrine	29, 100
desipramine	65	dorzolamide-timolol	74	ergocalciferol (vitamin d2)...	122
DESITIN	113	DOUBLE ANTIBIOTIC (B.TRACN ZN).....	109	ergotamine-caffeine.....	32, 58
desmopressin	35, 92	doxazosin.....	32, 38, 49	ertapenem	17
desonide.....	110, 114	doxepin	65	erythromycin.....	73
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR	66	doxorubicin.....	21	erythromycin with ethanol....	109
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR	66	doxycycline hyclate.....	20	erythromycin-benzoyl peroxide	109
dexamethasone	83, 84	doxycycline monohydrate	20	escitalopram oxalate	64
DEXAMETHASONE INTENSOL	83	doxylamine-pyridoxine (vit b6)	79, 105, 121	esomeprazole magnesium.....	82
dexamethasone sodium phosphate.....	74	DRITHOCREME HP	115	estradiol	88
dexmethylphenidate	63	drosiprenone-e.estradiol-lm.fa	86	estrogens-methyltestosterone	85, 88
dextroamphetamine	53	duloxetine	61, 64	ethambutol	17

etoposide.....	21	FLULAVAL QUAD 2019-2020 (PF).....	25	GERI-HYDROLAC	112
EXPECTORANT	103	FLUMIST QUAD 2019-2020	25	GIANVI (28)	86
EYE ALLERGY RELIEF	77	fluocinolone.....	110, 114	glatiramer.....	99
ezetimibe	46	fluocinonide.....	110, 114	Glatopa	99
F		Fluocinonide-E	110, 114	glimepiride.....	95
famciclovir	19	FLUORABON.....	97	glipizide	95
famotidine.....	82	fluoride (sodium).....	97	glipizide-metformin.....	85, 95
FARYDAK.....	21	FLUORITAB.....	97	GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT	67, 89
FC2 FEMALE CONDOM	65	fluorometholone	75	GLUCAGEN HYPOKIT	89, 96
felodipine.....	43, 48, 49, 53	FLUOROPLEX	21, 116	GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN).....	89, 96
FEMCAP	65	fluorouracil	21, 116	glucose.....	68
fenofibrate	49	fluoxetine.....	64	glyburide.....	95
fenofibrate micronized	49	FLURA-DROPS.....	97	glyburide-metformin.....	85, 95
fenofibrate nanocrystallized ...	49	flutamide.....	21	glycerin (adult)	80
fenofibric acid (choline).....	49	fluticasone propionate ...	75, 106, 110, 114	glycerin (child)	80
fentanyl.....	62	fluticasone propion-salmeterol	33, 84, 106, 108	glycopyrrolate.....	30
FERRETTIS	35	fluvoxamine.....	64	griseofulvin microsize	16
FERRIMIN 150.....	35	FLUZONE HIGH-DOSE 2019- 20 (PF).....	25	griseofulvin ultramicrosize.....	16
ferrous fumarate	35	FLUZONE QUAD 2019-2020	25	GUAIFENESIN AC	62, 102, 103
ferrous gluconate	35, 36	FLUZONE QUAD 2019-2020 (PF).....	25	guanfacine.....	46, 60
ferrous sulfate.....	36	FLUZONE QUAD PEDI 2019- 20 (PF).....	25	GYNOL II	65
FERROUSUL.....	36	FML FORTE	75	H	
FEVERALL	54	FOAMING ANTACID	78	HAEGARDA.....	97
fexofenadine	14, 107	folic acid.....	121	HALAVEN.....	21
FIBER (CALCIUM POLYCARBOPHIL)	80	FOR STY RELIEF	76	HAVRIX (PF)	25, 26
FIBER (PSYLLIUM HUSK/SUGAR).....	80	FORA TEST N'GO BP SYSTEM	67	HEPAGAM B.....	22
finasteride.....	96	fosinopril	40	HEPLISAV-B (PF).....	26
FIRAZYR.....	97	FREAMINE III 10 %	68	HERCEPTIN HYLECTA	21
FLANDERS BUTTOCKS ...	112	FULL SPECTRUM B- VITAMIN C	121, 122	HIBICLENS	115
FLAREX	75	furosemide	50, 69	HOMATROPAIRE	77
flecainide	46	G		HONEY BEARS WITH IRON- ZINC.....	36, 118
FLOVENT DISKUS	84, 106	gabapentin	54, 55	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	90, 91, 93
FLOVENT HFA.....	84, 106	galantamine	32	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	90, 91, 93
FLUAD 2019-2020 (65 YR UP)(PF)	24	GARDASIL 9 (PF).....	25	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	90, 91, 93
FLUARIX QUAD 2019-2020 (PF).....	24	GAVILYTE-C.....	80	HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN	90, 92, 93
FLUBLOK QUAD 2019-2020 (PF).....	24	Gavilyte-G.....	80	HUMALOG U-100 INSULIN	90, 93
FLUCELVAX QUAD 2019- 2020.....	25	GAVISCON	78	HUMIRA	81, 98, 99, 117
FLUCELVAX QUAD 2019- 2020 (PF).....	24	gemfibrozil	49	HUMIRA PEN PSOR-UEVITS- ADOL HS.....	81, 98, 99, 117
fluconazole	17	Gentak	73	HUMIRA(CF)	81, 98, 99, 117
flucytosine	19	gentamicin	15, 73, 109		
fludrocortisone	84	GENTEAL MILD	76		
FLULAVAL QUAD 2019-2020	25				

HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER..... 81, 98, 99, 117	indomethacin63, 96	lancing device.....67
HUMIRA(CF) PEN... 81, 98, 99, 117	INFANRIX (DTAP) (PF).....23	lancing device with lancets.....67
HUMIRA(CF) PEN CROHNS- UC-HS..... 81, 98, 99, 117	INFANT'S NON-ASPIRIN....54	LANOXIN.....40, 46
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS..... 81, 98, 117	INFANT'S PAIN RELIEF54	lansoprazole.....83
HUMULIN 70/30 U-100	insulin asp prt-insulin aspart..91, 92, 93, 94	latanoprost77
INSULIN..... 90, 92, 94	insulin aspart u-100 91, 94	LAXATIVE (BISACODYL) .80
HUMULIN 70/30 U-100	insulin lispro 91, 94	LEENA 28.....87
KWIKPEN 90, 92, 94	INTRALIPID.....68	leflunomide.....98, 99
HUMULIN N NPH INSULIN	IPOLE26	leucovorin calcium96
KWIKPEN 91, 92	ipratropium bromide.....31, 102	LEUKERAN.....21
HUMULIN N NPH U-100	ipratropium-albuterol.....31, 33, 102, 108	levabuterol hcl33, 108
INSULIN..... 91, 92	irbesartan39	levetiracetam.....55, 56
HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN 91, 94	irbesartan-hydrochlorothiazide39, 52, 72	levobunolol74
HUMULIN R U-500 (CONC)	IRESSA21	levocarnitine100
INSULIN..... 91, 94	irinotecan21	levocetirizine14, 107
hydralazine48	isometh-dichloral-acetaminophn54	levofloxacin17, 19, 73
hydrochlorothiazide..... 52, 72	isoniazid.....17	levofloxacin in d5w17, 19
hydrocodone-acetaminophen 54, 62	ISOPTO TEARS76	levonorgestrel-ethinyl estrad ..87
hydrocortisone..... 84, 111, 114	ISORDIL50	Levora-2887
hydrocortisone acetate.. 110, 114	isosorbide dinitrate50	LEVO-T.....95
HYDROCORTISONE PLUS 111, 114	isosorbide mononitrate50, 51	levothyroxine.....95
hydroxychloroquine ... 16, 98, 99	ivermectin.....16	LEVOXYL95
hydroxyprogesterone(preg presv)93	IXIARO (PF).....26	LICE KILLING116
hydroxyurea.....21	J	LICE TREATMENT (PERMETHRIN).....116
hydroxyzine hcl 13, 58	Jantoven.....34	lidocaine111
hydroxyzine pamoate 13, 58	JARDIANCE.....94	Lidocaine Viscous77
hyoscyamine sulfate30	Jinteli88, 93	lidocaine-prilocaine111
HYPERHEP B S/D22	JOLESSA86	LINZESS82
HYPERHEP B S-D	Junel Fe 1.5/30 (28).....86	liothyronine.....95
NEONATAL22	Junel Fe 1/20 (28).....86	lisinopril.....40
HYPERRAB S/D (PF)22	K	lisinopril-hydrochlorothiazide40, 52, 72
HYPERTET S/D (PF)23	KADCYLA21	LOHIST - D.....13, 29, 101, 105
I	ketoconazole.....17, 112	loperamide78
ibandronate96	KETO-DIASTIX.....67	loratadine14, 107
ibuprofen62	KETONE URINE TEST67	LORATADINE-D ...14, 29, 101, 107
ifosfamide.....21	ketorolac63, 77	lorazepam59, 60
imipramine hcl.....65	KINRIX (PF).....26	losartan39
imiquimod117	KONSYL (SUGAR).....80	losartan-hydrochlorothiazide.39, 52, 72
IMOVAX RABIES VACCINE	K-PHOS ORIGINAL67	lovastatin.....49
(PF).....26	L	Low-Ogestrel (28)87
INCRUSE ELLIPTA.....30, 101	l norgest/e.estradiol-e.estrad...86	LUBRICANT (P-GLYCOL- GLYCERIN).....76
indapamide52, 72	labetalol32, 33, 38, 41, 47	LUBRICANT EYE76
	lactated ringers70	LUBRICANT EYE DROPS..76
	lactulose.....68	LYSODREN.....21
	lamotrigine.....55, 57	
	lancets67	

M		
magnesium citrate	80	
magnesium oxide.....	78	
malathion.....	116	
MATULANE	21	
MAXIDEX.....	75	
meclizine	13, 79	
medroxyprogesterone	93	
megestrol	21, 93	
meloxicam	63	
memantine	60	
MENACTRA (PF)	26	
Menest	88	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	26	
mercaptapurine.....	22, 99	
mesalamine.....	79	
mesalamine with cleansing wipe	79	
MESTINON	32	
METAMUCIL.....	80	
metaproterenol.....	33, 108	
metformin	85	
Methergine	100	
methimazole	85	
methocarbamol.....	31	
methotrexate sodium .	22, 98, 99, 100	
methotrexate sodium (pf)	22, 98, 99	
methyl dopa	30, 46	
methyl dopa-hydrochlorothiazide	30, 46, 52, 72	
methylphenidate hcl	63	
methylprednisolone	84	
metoclopramide hcl.....	82	
metoprolol succinate ..	34, 41, 47	
metoprolol tartrate	34, 41, 47	
metronidazole	15, 17, 109	
metronidazole in nacl (iso-os)	15, 16	
mexiletine	46	
MICONAZOLE 7	112	
miconazole nitrate	112	
MICONAZOLE-3	112	
Microgestin 1.5/30 (21).....	87	
Microgestin 1/20 (21).....	87	
midodrine	30	
MIGERGOT.....	32, 58	
MIGRAINE FORMULA	38, 54, 58, 63, 64	
MILK OF MAGNESIA.....	80	
MILK OF MAGNESIA CONCENTRATED.....	80	
MILLIPRED.....	84	
MILLIPRED DP.....	84	
minocycline	20	
minoxidil	48	
MINTOX PLUS	78, 79	
mirtazapine	56	
misoprostol	82	
M-M-R II (PF).....	26	
mometasone.....	111, 114	
montelukast	106	
morphine.....	62	
morphine concentrate	62	
MOVANTIK	82	
MUCINEX	103	
MUCINEX D	29, 101, 103	
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH	29, 101, 103	
MUCUS DM	102, 103	
MUCUS RELIEF COUGH.	102, 104	
MUCUS RELIEF ER	104	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	36, 118, 121, 123	
MULTILEX.....	36, 118	
MULTILEX-T AND M.	36, 118	
MULTIPLE VITAMIN, WOMENS	36, 118	
MULTISTIX 10 SG	67	
MULTI-VIT WITH FLUORIDE-IRON	36, 97, 118	
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	97, 119	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE	97	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE	118	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE	119	
multivitamin with iron....	36, 119	
multivitamin with minerals ..	119	
MULTIVITAMINS WITH FLUORIDE	97, 119	
MULTI-VITAMINS WITH IRON	119	
mupirocin.....	109	
mupirocin calcium	109	
MURO 128	76	
MY WAY	87	
mycophenolate mofetil	100	
MYLERAN	22	
N		
NABI-HB	23	
nabumetone.....	63	
naproxen	63, 96	
naproxen sodium	63, 96	
NASACORT.....	75, 106	
NASAL SPRAY EXTRA MOISTURIZING	77	
NATACYN.....	74	
NATURAL FIBER LAXATIVE THERAPY	80	
NATURAL PSYLLIUM FIBER	80	
NEBUPENT	17	
Necon 0.5/35 (28).....	87	
nefazodone.....	64	
neomycin	15	
neomycin-bacitracin-polymyxin	73	
neomycin-polymyxin b gu....	109	
neomycin-polymyxin b- dexameth.....	73, 75	
neomycin-polymyxin- gramicidin.....	73	
neomycin-polymyxin-hc...	73, 75	
NEO-TUSS.....	102, 104	
niacin	41	
NIACIN FLUSH FREE.....	40	
Niacor	41	
nicotine	31	
nicotine (polacrilex).....	31	
NICOTROL.....	31	
NICOTROL NS.....	31	
nifedipine.....	43, 48, 49, 50, 53	
NIGHTTIME SLEEP AID (DIPHEN).....	12, 13, 58, 105	
Nitro-Bid.....	51	
nitrofurantoin	20	
nitrofurantoin macrocrystal	20	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	20	
nitroglycerin	51	
NIVA-PLUS	36, 119, 121	
NIVESTYM	35	

NOHIST-DM ... 13, 30, 102, 105	OZEMPIC 90	PNV 29-1 36, 70, 119, 121
noreth-ethinyl estradiol-iron... 87	P	pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa 36, 119, 121
norethindrone (contraceptive) 87	P D NATAL VITAMINS-	podofilox..... 117
norethindrone-e.estradiol-iron 87	FOLIC ACID..... 119	polyethylene glycol 3350 81
norgestimate-ethinyl estradiol 87	pantoprazole 83	polymyxin b sulf-trimethoprim 73
NORTEMP..... 54	paromomycin..... 15	POLYSPORIN 109
NORTREL 1/35 (21)..... 87	paroxetine hcl 64	polyvinyl alcohol..... 76
Nortrel 1/35 (28)..... 87	PAZEO 72	POLY-VI-SOL 119
Nortrel 7/7/7 (28) 87	PEAK AIR PEAK FLOW	POLY-VI-SOL WITH IRON 37, 119
nortriptyline..... 65	METER 67	potassium chlorid-d5-0.45%nacl 70
NOVOLIN 70/30 U-100	PEDIA POLY-VITE 119	potassium chloride..... 70
INSULIN..... 91, 92, 94	PEDIA TRI-VITE 119, 120, 122, 123	potassium chloride in 5 % dex 70
NOVOLIN N NPH U-100	PEDIA-LAX STOOL	potassium chloride in lr-d5 70
INSULIN..... 91, 92	SOFTENER..... 80	potassium chloride-d5-0.2%nacl 70
NOVOLIN R REGULAR U-	PEDIARIX (PF) 23, 26	potassium chloride-d5-0.3%nacl 70
100 INSULN 91, 94	PEDIATRIC COUGH AND	potassium citrate..... 68
NP THYROID..... 95	COLD ... 13, 29, 101, 102, 105	povidone-iodine 115
NUTRILIPID 68	PEDIATRIC ELECTROLYTE	pramipexole 61
NUTRISOURCE FIBER..... 80 70	prasugrel 38
nystatin 19, 116	PEDIATRIC ENEMA 81	pravastatin..... 49
nystatin-triamcinolone..... 116	PEDVAX HIB (PF)..... 26	prazosin..... 32, 38
Nystop 116	penicillin g potassium..... 18	PRED MILD..... 75
O	penicillin g sodium 18	prednicarbate 111, 114
O-CAL F.A..... 36, 119, 121	penicillin v potassium..... 18	prednisolone 84
OCELLA 87	PENTACEL (PF) 26	prednisolone acetate 75
ODOMZO 22	PENTACEL ACTHIB	prednisolone sodium phosphate 75, 84
ofloxacin..... 73	COMPONENT (PF) 26	prednisone..... 84
OGESTREL (28)..... 87	PENTACEL DTAP-IPV	PREDNISONE INTENSOL... 84
olopatadine 72	COMPNT (PF) 26	pregabalin 55, 56, 61
omega-3 acid ethyl esters 41	pentoxifylline..... 35	PREMARIN 88, 89
omeprazole 83	permethrin 116	PREMPHASE..... 89
OMNITROPE..... 92	phenazopyridine 111	PREMPRO 89
ondansetron 78	phenobarb-hyoscy-atropine-scop 31, 58, 59	PRENATAL COMPLETE ... 37, 70, 119, 121
ondansetron hcl 78	phenobarbital 58, 59	PRENATAL LOW IRON 37, 71, 119, 121
ONE DAILY MULTI-VIT W-	PHENOHYTRO..... 31, 59	PRENATAL PLUS .37, 71, 120, 121
MINERAL..... 36, 119	phenylephrine hcl 77	PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB)..... 37, 71, 120, 121
ONETOUCH ULTRA BLUE	phenytoin 46, 61	PRENATAL VITAMIN.. 37, 71, 120, 121
TEST STRIP 67	phenytoin sodium extended... 46, 61	
ONETOUCH ULTRA	PHOSPHA 250 NEUTRAL ... 68	
CONTROL 67	phytonadione (vitamin k1) 96, 123	
ONETOUCH VERIO..... 67	pilocarpine hcl 32, 77	
ONETOUCH VERIO MID	PINK BISMUTH..... 78	
CONTROL 67	pioglitazone 95	
OPDIVO..... 22	piroxicam..... 63	
Oralone 111, 114	PLENAMINE 68	
oseltamivir 18	PNEUMOVAX 23 26, 27	
oxcarbazepine..... 56		
oxybutynin chloride..... 117		
oxycodone-acetaminophen.... 55, 62		

PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS .37, 71, 120, 121	ranitidine hcl.....82	SENNA.....81
prenatal vits96-iron fum-folic37, 71, 120, 121	RECOMBIVAX HB (PF)27	SENNA LAX.....81
PRETAB.....37, 71, 120, 121	REESE'S PINWORM MEDICINE16	SENNA PLUS81
PREVACID 24HR83	REFRESH LACRI-LUBE.....76	SENSIPAR85, 100
PREVNAR 13 (PF).....27	RELISTOR.....82	SEREVENT DISKUS34, 108
primaquine.....16	RENAGEL69, 96	sertraline64
primidone59	RENA-VITE RX122	sevelamer carbonate69, 96
PRIMSOL.....20	repaglinide.....92	SF 5000 PLUS97
probenecid72, 96	REPATHA PUSHTRONEX ..51	SHINGRIX (PF).....27
probenecid-colchicine72, 96	REPATHA SURECLICK51	sildenafil (pulm.hypertension)51, 108
prochlorperazine.....63, 79	REPATHA SYRINGE51	silver sulfadiazine115
prochlorperazine edisylate63, 79	RESTASIS.....75	simethicone.....79
prochlorperazine maleate .63, 79	RESTASIS MULTIDOSE75	simvastatin.....49
Proctofoam Hc.....111, 114	RETAIN PM76	SINUS CONGESTION-PAIN(CHLORPH) 14, 30, 55, 58, 105
Procto-Pak111, 115	RETROVIR.....18	SMOFLIPID68
progesterone micronized93	RHOPRESSA74, 77	sodium bicarbonate.....78
promethazine13, 58, 105	RID COMPLETE LICE ELIM KIT116	sodium chloride67, 71, 76
Promethazine Vc13, 30, 105	RIDAURA.....83, 98, 99	sodium chloride 0.45 %.....71
promethazine-codeine ...62, 102, 105	rifabutin17, 19	sodium chloride 0.9 %.....71
promethazine-dm....13, 103, 105	RIFAMATE.....17, 19	sodium chloride 3 %.....71
promethazine-phenyleph-codeine ...13, 30, 62, 103, 105	rifampin17, 20	sodium chloride 5 %.....71
Promethgan.....13, 58	riluzole.....60	sodium citrate-citric acid68
propafenone.....46	ringer's71	SODIUM POLYSTYRENE (SORB FREE)69, 96
proparacaine77	RITIFED.....14, 29, 101, 105	sodium polystyrene sulfonate 69, 96
propranolol32, 41, 42, 47, 50, 58	rivastigmine tartrate.....33	sotalol32, 41, 42, 47, 50
propylthiouracil85	RIVELSA87	spinosad116
PROQUAD (PF)27	rizatriptan.....64	spironolactone.....50, 51, 70
pseudoephedrine hcl.....29, 101	ROBITUSSIN PEDIATRIC.103	spironolacton-hydrochlorothiaz50, 51, 52, 70, 72
PULMICORT FLEXHALER84, 107	ropinirole61	Sps (With Sorbitol).....69, 96
PULMO-AIDE COMPRESSOR67	rosuvastatin.....49	Sronyx.....88
PURE AND GENTLE EYE...76	ROTARIX27	SSKI16, 85, 96, 104
pyrazinamide17	ROTATEQ VACCINE.....27	STAMARIL (PF).....27
pyridostigmine bromide32	RYNEX PSE14, 29, 101, 105	STEGLATRO.....94
pyridoxine (vitamin b6).....122	S	STEGLUJAN88, 94
Q	SALINE NASAL76	STERILE SALINE.....69
QUADRACEL (PF).....27	salsalate64	STIOLTO RESPIMAT....31, 34
quinapril40	SANTYL117	STOMACH RELIEF MAX STRENGTH78
quinidine gluconate16, 46	SAVELLA.....61, 64	STOOL SOFTENER81
QVAR REDHALER....84, 107	SCALPICIN ANTI-ITCH...111, 115	sucralfate.....82
R	SCOT-TUSSIN DM14, 103, 105	sulfacetamide sodium73, 74
RABAVERT (PF)27	SCOT-TUSSIN SENIOR....103, 104	sulfacetamide-prednisolone....74
rabeprazole83	SEGLUROMET85, 86, 94	sulfadiazine.....20
raloxifene.....88, 97	selegiline hcl.....61	
ramipril40	selenium sulfide.....115	
	SELSUN BLUE115	

sulfamethoxazole-trimethoprim	20	thiamine mononitrate (vit b1)	122	V
sulfasalazine	20, 79, 98, 99	Tilia Fe	88	VAGINAL CONTRACEPTIVE
sulindac.....	63	timolol maleate	74	FILM.....
sumatriptan succinate	64	tizanidine	31	VAGINAL CONTRACEPTIVE
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER.....	67	TOBRADEX	74, 75	FOAM.....
SUPER MULTIPLE.....	37, 120	tobramycin.....	74	valacyclovir
SUPHEDRIN	29, 101	tobramycin in 0.225 % nacl....	15	valproic acid
SUPRESS DX	30, 103, 104	tobramycin-dexamethasone... 74, 75		56, 57, 58
SYLATRON.....	18, 22	TOBREX.....	74	valproic acid (as sodium salt) 56, 57, 58
SYMLINPEN 120	85	TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	65	valsartan.....
SYMLINPEN 60	85	tolterodine.....	117	valsartan-hydrochlorothiazide
SYNJARDY	86, 94	topiramate	5639, 52, 72
SYNJARDY XR	86, 94, 95	torsemide	50, 69	vancomycin.....
SYNTHROID.....	95	tramadol.....	62	18
SYSTANE NIGHTTIME.....	76	TRANSDERM-SCOP	79	VAQTA (PF).....
T		trazodone	64	28
TABLOID	22	tretinoin	113	VARIVAX (PF).....
tacrolimus	100	tretinoin (chemotherapy)	22	28
tamoxifen.....	22, 88	triamcinolone acetonide 111, 115		VARIZIG.....
tamsulosin.....	33	triamterene-hydrochlorothiazid	51, 52, 70, 72	23
Taztia Xt.. 42, 43, 44, 45, 47, 48, 53		Trianex.....	111, 115	VAXCHORA VACCINE.....
TDVAX.....	23	triazolam.....	60	28
TEARS NATURALE FORTE	76	trifluridine.....	74	VCF CONTRACEPTIVE GEL
TEGRETOL	56, 57	Trilyte With Flavor Packets ...	81	66
TEGRETOL XR.....	56, 57	trimethobenzamide	79	VENCLEXTA
temazepam.....	60	trimethoprim.....	20	22
TENIVAC (PF)	23	TRIPLE ANTIBIOTIC.....	109	venlafaxine
terazosin	32, 38, 50	TRIPLE ANTIBIOTIC-PAIN RELIEF	109	64
terbinafine hcl.....	15	TRIPLE PASTE	113	verapamil ..42, 43, 44, 45, 48, 53
terbutaline.....	34, 108	Tri-Sprintec (28).....	88	VICTOZA 3-PAK
terconazole	112	TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE 97, 120, 122, 123		90
testosterone.....	85	Trivora (28)	88	VIGAMOX.....
testosterone cypionate	85	TRUMENBA.....	27	74
testosterone enanthate	85	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	65	VINATE M.....
tetanus,diphtheria tox ped(pf) 24		TUDORZA PRESSAIR . 31, 102		37, 120, 122
tetracycline	20	TUSSIN DM.....	103, 104	vinblastine.....
theophylline..... 49, 69, 108, 117, 118		TWINRIX (PF).....	27	22
THERA.....	120	TYPHIM VI	27, 28	VITAMIN B-1
THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT). 37, 71, 120, 122		U		122
THERAPEUTIC-M VITAMIN/MINERALS 37, 120, 122		UNITHROID.....	95	VITAMIN B-12.....
THEREMS-M	37, 120	ursodiol.....	81	122
				VITAMIN B-6.....
				122
				VITAMIN D3
				123
				VITAMINS AND MINERALS
				120
				VIVOTIF
				28
				VYVANSE.....
				54
				W
				WAL-ACT D COLD AND ALLERGY ... 14, 29, 101, 105
				14, 29, 101, 105
				WAL-PHED
				14, 29, 101, 105
				warfarin.....
				34
				WART REMOVER.....
				115
				WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60
				66
				WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65
				66
				WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70
				66
				WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75
				66
				WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80
				66

WIDE-SEAL DIAPHRAGM 8566	X	ZARXIO35
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 9066	XARELTO34	zidovudine18
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 9566	XULANE.....88	zinc gluconate.....71
WOMEN'S DAILY FORMULA37, 120	Y	zinc oxide.....113
	YERVOY22	ZOLADEX22, 89
	YF-VAX (PF).....28	zolpidem58
	Z	zonisamide.....56
	ZADITOR73	ZOSTAVAX (PF)28
	ZALTRAP22	Zovia 1/35E (28).....88