



allcare cco

2024

Cobertura de Medicamentos

2024 Cobertura de medicamentos de la CCO de AllCare Health

Este manual es una lista exhaustiva de los medicamentos cubiertos por el Plan de Salud AllCare CCO. Si alguna vez tienes alguna duda, llama al Servicio de Atención al Cliente entre las 8.00 y las 20.00 horas, 7 días a la semana, al (541) 471-4106 o al teléfono gratuito (888) 460-0185. Si tienes problemas de audición marca el número TTY 711. Si necesitas un intérprete, llama a nuestro número de acceso lingüístico (888) 260-4297.

Actualizaciones del Manual

El Manual de cobertura de medicamentos de AllCare CCO se actualiza trimestralmente. Puedes encontrar el manual más actualizado en: AllCareHealth.com/medicaid/formulary. Si necesitas ayuda o tienes preguntas, llama a Atención al Cliente a los números de teléfono que aparecen al final de esta página.

Ayuda gratuita en otras lenguas y formatos

Todos tienen derecho a conocer los programas y servicios de AllCare CCO. Todos los afiliados tienen derecho a saber cómo usar nuestros programas y servicios.

Damos este tipo de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lengua de signos.
- Intérpretes de lengua hablada cualificados y certificados para otras lenguas.
- Material escrito en otras lenguas.
- Braille.
- Letra grande.
- Audio y otros formatos.

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106
Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711
Acceso lingüístico: (888) 260-4297

Lista de medicamentos del Formulario 2024

Puedes encontrar el manual para miembros de AllCare CCO en nuestro sitio web en: AllCareHealth.com/Medicaid/Plan-Benefits/Member-Handbook.

Si necesitas ayuda o tienes preguntas, llama al Servicio de Atención al Cliente entre las 8.00 y las 20.00 horas, a los números de teléfono que aparecen al final de esta página.

Obtener información en otra lengua o formato

Tú o tu representante podéis obtener materiales para miembros, como este manual o los avisos del CCO, en otros idiomas, en letra grande, en Braille o en el formato que prefiráis. Recibirás los materiales en un plazo de 5 días desde que los pidas. Esta ayuda es gratuita. Todos los formatos tienen la misma información. Ejemplos de materiales para afiliados son:

- Este manual.
- Lista de medicamentos cubiertos.
- Lista de médicos.
- Documentos, como notificaciones de reclamación, denegación y recurso.

No se te negará ni limitará el uso de Beneficios, reclamaciones, recursos o audiencias por necesitar otro idioma o formato.

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106
Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711
Acceso lingüístico: (888) 260-4297

Puedes pedir los materiales electrónicamente. Rellena el documento de contacto seguro de nuestro sitio web en: AllCareHealth.com/Contacto. Indícanos qué documentos quieres que te enviemos por correo electrónico. También puedes llamar a Atención al Cliente a los números de teléfono que aparecen al final de esta página.

Puedes tener un intérprete

Tú, tu representante, tus familiares y tus cuidadores podéis pedir un intérprete médico titulado y cualificado. También puedes pedir intérpretes de lengua de signos, intérpretes escritos o ayudas y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Dile a la consulta de tu médico si necesitas un intérprete en tu visita. Diles qué idioma o formato necesitas. Obtén más información sobre los intérpretes médicos certificados en: Oregon.gov/OHA/OEI.

Si necesitas ayuda, llama al Servicio de Atención al Cliente entre las 8.00 y las 20.00 horas, a los números de teléfono que aparecen al final de esta página, o llama al Servicio de Atención al Cliente del OHP al (800) 273-0557, TTY 711. Consulta la **página 183** de nuestro Manual para miembros para ver "Derechos de reclamación, apelación y audiencia".

Si no obtienes la ayuda del intérprete que necesitas, llama al coordinador del Programa estatal de Servicios de Acceso Lingüístico al (844) 882-7889, TTY 711 o envía un correo electrónico: LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

Language access statement

English

You can get this letter in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call Customer Care **(888) 460-0185**, language access **(888) 260-4297**, or TTY **711**. We accept relay calls. You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

Spanish (Español)

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente **(888) 460-0185**, acceso lingüístico **(888) 260-4297**, o TTY **711**. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión. Usted puede obtener ayuda de un intérprete certificado y calificado en atención de salud.

Chinese (繁體中文)

您可以獲取本信函的其他語言版本、大號字體印刷版、盲文版或您想要的格式版本。您還可以申請口譯服務。這些幫助是免費提供的。請撥打客戶服務部電話 **(888) 460-0185**，獲取語言服務電話 **(888) 260-4297** 或 TTY **711**。我們接受中繼服務電話。您可以獲得經認證的合格醫療保健口譯員提供的服務。

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106

Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711

Acceso lingüístico: (888) 260-4297

Korean (한국어)

본 서신을 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아 보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 이러한 지원은 무료로 제공됩니다. 고객 서비스부에 (888) 460-0185 번으로, 언어 지원은 (888) 260-4297 번으로, TTY 는 711 번으로 전화해 주십시오. 저희는 릴레이 전화도 받습니다. 인증된 유자격 의료 통역사로부터 도움을 받으실 수 있습니다.

Gujarati (ગુજરાતી)

તમે આ પત્ર અન્ય ભાષાઓમાં, મોટી પ્રિન્ટમાં, બ્રેઇલમાં અથવા તમને પસંદ હોય તેવા ફોર્મેટમાં મેળવી શકો છો. તમે દુભાષિયા માટે પણ પૂછી શકો છો. આ મદદ મફત છે. ગ્રાહક સેવા (888) 460-0185, ભાષા અક્સેસ (888) 260-4297 અથવા TTY 711 પર કૉલ કરો. અમે રલિ કૉલ્સ સ્વીકારીએ છીએ. તમે પ્રમાણિત અને યોગ્ય આરોગ્ય સંભાળ દુભાષિયા પાસેથી મદદ મેળવી શકો છો.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ)

ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਜਾਂ ਕਸਿ ਅਜਹਿ ਪ੍ਰਾਰੂਪ ਵਾਚਿ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਤਰਜੀਹ ਦਿੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਸਿ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਬਾਰੇ ਵੀ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਮਦਦ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ। ਕਸਟਮਰ ਕੇਅਰ (888) 460-0185, ਭਾਸ਼ਾ ਪਹੁੰਚ (888) 260-4297, ਜਾਂ TTY 711 ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਰਲਿਅ ਕਾਲਾਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਕਸਿ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਕੋਲੋਂ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106

Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711

Acceso lingüístico: (888) 260-4297

Lista de medicamentos del Formulario 2024

Vietnamese (Tiếng Việt)

Quý vị có thể nhận thư này bằng ngôn ngữ khác, ở dạng bản in khổ lớn, chữ Braille hay theo định dạng quý vị muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu thông dịch viên. Đây là trợ giúp miễn phí. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng **(888) 460-0185**, truy cập ngôn ngữ **(888) 260-4297**, hoặc TTY **711**. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp. Quý vị có thể được trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe được chứng nhận và đủ tiêu chuẩn.

Russian (Русский)

Вы можете получить это письмо на другом языке, а также с использованием крупного шрифта, шрифта Брайля или в другом удобном для вас формате. Кроме того, вы можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется на бесплатной основе. Вы можете обратиться в службу поддержки клиентов по телефону **(888) 460-0185**, а также воспользоваться программой преодоления языкового барьера по телефону **(888) 260-4297** или линией телетайпа **711**. Мы принимаем вызовы из службы ретрансляции телекоммуникаций. Также вы можете воспользоваться помощью сертифицированного квалифицированного переводчика, специализирующегося в области медицинского обслуживания.

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106
Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711
Acceso lingüístico: (888) 260-4297

Lista de medicamentos del Formulario 2024

Nuestra política de no discriminar

AllCare CCO debe cumplir las leyes del estado y federales sobre derechos civiles. No podemos tratar de forma injusta a las personas (incluidos los miembros y los futuros miembros) en ninguno de nuestros programas o actividades debido a la condición de una persona:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Identidad de género
- Estado de salud
- Estado civil
- Origen nacional
- Necesidad de servicios médicos
- Raza
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual

Todo el mundo tiene derecho a entrar, salir y usar edificios y servicios. También tienen derecho a recibir información de una manera que la entiendan.

Haremos cambios razonables en las políticas, prácticas y trámites hablando con usted sobre sus necesidades.

No usaremos ninguna política o práctica que tenga el efecto de discriminar por motivos de salud o necesidad de servicios de atención médica.

No se negará ni limitará el acceso de un miembro a las reclamaciones y audiencias de los servicios cubiertos por la necesidad de recibir la información en otro formato, en otro idioma o mediante el uso de ayudas adicionales.

Para informar de un caso de discriminación o de alguna preocupación, obtener ayuda para presentar una queja u obtener más información, póngase en contacto con **Laura Matola, Coordinadora de Derechos Civiles**, de una de estas maneras:

- Sitio web: <https://www.allcarehealth.com/non-discrimination-procedure-complaint-form>
- Correo electrónico: Laura.Matola@AllCareHealth.com
- Teléfono: (888) 460-0185, TTY 711
- Correo: 1701 NE 7th Street
Grants Pass, OR 97526

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106
Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711
Acceso lingüístico: (888) 260-4297

También tiene derecho a poner una denuncia por violar los derechos civiles. Póngase en contacto con cualquiera de las siguientes personas:

D erechos civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA)

- Sitio web: www.oregon.gov/OHA/OEI
- Correo electrónico: OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov
- Teléfono: (844) 882-7889, TTY 711
- Correo: Office of Equity and Inclusion Division
421 SW Oak St., Suite 750,
Portland, OR 97204

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

- Sitio web: Ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
- Correo electrónico: OCRComplaint@HHS.gov
- Teléfono: (800) 368-1019
(800) 537-7697 (TDD)
- Correo: Office for Civil Rights
200 Independence Ave., SW,
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division

- Sitio web: Oregon.gov/boli/civil-rights
- Correo electrónico: BOLI_help@boli.oregon.gov
- Teléfono: (971) 673-0764
- Correo: Bureau of Labor and Industries
Civil Rights Division
800 NE Oregon St., Suite 1045,
Portland, OR 97232

Mantenemos su información privada

Sólo compartimos su historial con las personas que necesitan verlo. Puede ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede decidir quién ve su historial. Díganoslo por escrito si no quiere que nadie vea su historial o si quiere que lo compartimos con alguien. Puede encontrar el formulario en nuestra página web: www.allcarehealth.com/media/4153/achhc-authorized-representative-form-for-discussing-phi-v3.pdf. Puede pedirnos una lista de las personas con las que hemos compartido su historial.

Lista de medicamentos del Formulario 2024

Una ley llamada Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) protege su historial médico y lo mantiene en secreto. A esto también se le llama mantener su información confidencial. Tenemos un documento llamado Aviso de Política de Confidencialidad que explica cómo utilizamos la información personal de nuestros miembros. Si lo pide, se lo enviaremos. Sólo tiene que llamar al Servicio de Atención al Cliente de AllCare CCO a los números de teléfono que aparecen al final de la página y pedir nuestro Aviso de Política de Privacidad. Puede leerlo en: AllCareHealth.com/Medicaid/Resources/Notice-of-Privacy-Practices o descargarla aquí: AllCareHealth.com/Media/5910/2023accoco-nopp-final.pdf.

Historial médico

Un historial médico contiene su estado de salud y los servicios que ha utilizado. También muestra las referencias que le han hecho.

¿Qué se puede hacer con el historial médico?

- Enviar su historial a otro médico si es necesario.
- Pedir que se arregle o corrija su historial.
- Obtener una copia de sus registros, incluyendo, pero no limitado a:
 - Historiales médicos de su médico
 - Historial dental de su dentista
 - Historial de AllCare CCO

There may be times when the law restricts your access. You may be charged a reasonable amount for a copy of the requested records.

Puede haber ocasiones en que la ley le impida el acceso. Es posible que le cobren una cantidad razonable por una copia de los historiales pedidos.

Algunos historiales no pueden compartirse.

Un profesional de la salud no puede compartir historiales médicos cuando, según su criterio profesional, compartir los historiales podría causar un peligro “claro e inmediato” para usted, para otros o para la sociedad. Un profesional tampoco puede compartir historiales preparados para un caso en el tribunal.

¿Necesita ayuda? Atención al cliente: (541) 471-4106

Teléfono gratuito: (888) 460-0185 TTY: 711

Acceso lingüístico: (888) 260-4297



alcare health



Nuestras oficinas están
abiertas de 8: a. m. a
5:00 p. m. para servirle.

Índice

WAITING	3
PARA EMPEZAR	3
OBTENGA INFORMACIÓN EN OTRO IDIOMA O FORMATO	4
PUEDE TENER UN INTÉRPRETE	5
LANGUAGE ACCESS STATEMENT	6
NUESTRA POLÍTICA DE NO DISCRIMINAR	9
MANTENEMOS SU INFORMACIÓN PRIVADA	11
HISTORIAL MÉDICO	11
ALERGIAS	25-26
Antihistamínicos de segunda generación y combinaciones de descongestionantes ..	25
Antihistamínicos de primera generación	25
Antihistamínicos de segunda generación	25
Esteroides antiinflamatorios nasales	25-26
Agentes estabilizadores de mastocitos nasales	26
ANTIÉMESIS/ANTIVÉRTIGO	26
Agentes antiémesis/antivértigo	26
ASMA Y EPOC	26-30
Anticolinérgicos, inhalados por vía oral, de corta duración	26
Anticolinérgicos, inhalados por vía oral, de larga duración	26
Agentes antiadrenérgicos beta	27
Agentes antiadrenérgicos beta, inhalados, de corta duración	27
Agentes antiadrenérgicos beta, inhalados, de muy larga duración	27
Agentes antiadrenérgicos beta, inhalados por vía oral, de larga duración	27
Combinaciones de antiadrenérgicos beta y anticolinérgicos	27
Combinaciones de antiadrenérgicos beta y glucocorticoides	27-28
Antiadrenérgicos beta, anticolinérgicos y glucocorticoides, inhalados	28
Glucocorticoides, inhalados por vía oral	28
Antagonista alfa del receptor de interleucina-4 (IL-4), Mab	28
Antagonista alfa del receptor de interleucina-5 (IL-5), Mab	28
Antagonistas del receptor leucotrieno	28-29
Estabilizadores de mastocitos	29
Estabilizadores de mastocitos, inhalados por vía oral	29
Anticuerpos monoclonales contra la inmunoglobulina E (IGE)	29
Anticuerpo monoclonal, antagonistas del receptor interleucina 5	29
Inhibidores de la fosfodiesterasa-4 (PDE4)	29

Ayudas respiratorias, dispositivos, equipos	29
Inhibidores de la linfopoyetina del estroma tímico (TSLP)	29
Xantinas	29-30
TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	30
Terapia para Alzheimer, antagonistas del receptor NMDA	30
Inhibidores de colinesterasa	30
Inhibidores del receptor fc neonatal (FCRN)	30
SALUD DEL COMPORTAMIENTO: OTROS	30-32
Adrenérgicos, aromáticos, no-catecolaminas	30-31
Preparaciones contra el alcohol	31
Barbitúricos	31
Antagonistas de narcóticos	31
Sedativos/hipnóticos, no barbitúricos	31
Agentes de la jarmona pineal	31-32
Tratamiento para el déficit de la atención e hiperactividad (TDAH)/narcolepsia	32
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	32-38
Inhibidores de enzima convertidora de la angiotensina (ECA)/Combinación de bloqueadores de canales de calcio	32
Inhibidores de enzima convertidora de la angiotensina (ECA)/Diuréticos tiacídicos o diuréticos tipo tiazida	32-33
Agentes bloqueadores adrenérgicos alfa y beta	33
Agentes bloqueadores adrenérgicos alfa	33
Combo de inhibidor de angiotensina-inhibidor de neprilisina (ARNI)	33
Antagonistas del receptor de angiotensina/Combinación de diuréticos tiacídicos ...	33
Antagonistas del receptor de angiotensina y bloqueadores de canales de calcio	33
Agentes antianginosos y antiisquémicos, no hemodinámicos	33
Antiarrítmicos	33-34
Antihiperlipidémico - Inhibidor de la ATP citrato liasa	34
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de la HMG-COA reductasa	34
Antihiperlipidémicos - Inhibidores de PCSK9	34
Antihipertensivos, inhibidores de enzima convertidora de la angiotensina (ECA)	34
Antihipertensivos, inhibidores del as	34-35
Antihipertensivos, antagonistas del receptor de angiotensina	35
Agentes antihipertensivos, simpatolíticos	35
Agentes antihipertensivos, vasodilatadores	35
Agentes bloqueadores adrenérgicos beta	35
Agentes bloqueadores adrenérgicos beta/Tiazidas y relacionados	35
Secuestradores de sales biliares	36
Agentes bloqueadores de los canales de calcio	36
Inhibidor de la miosina cardíaca	36

Glucósidos digitálicos	36
Lipotrópicos	36-37
Diuréticos de asa	37
Diuréticos ahorradores de potasio	37
Diuréticos ahorradores de potasio en combinación	37
Inhibidores selectivos de la 5-fosfodiesterasa de GMP	37
Anti-htn pulmonar, antagonista del receptor de endotelina	37-38
Tiazidas y diuréticos relacionados	38
Vasodilatadores, coronarios	38
ANTICONCEPCIÓN/OXITÓCICOS	38-40
Anticonceptivos, intravaginales, sistémicos	38
Anticonceptivos, implantables	38
Anticonceptivos, inyectables	38
Anticonceptivos, intravaginales	38-39
Anticonceptivos, orales	39
Anticonceptivos, transdérmicos	40
Diafragmas/capuchón cervical	40
Oxitócicos	40
TOS Y RESFRÍO	40-42
Combinaciones de antihistamínicos de primera generación y descongestionantes	40
Combinaciones de antihistamínicos de primera generación, descongestionantes y analgésicos	40
Analgésicos no salicilatos y antihistamínicos de primera generación	40
Antitusivos, no narcóticos	40-41
Combinaciones de descongestionantes y analgésicos no salicilatos	41
Combinaciones de descongestionantes y expectorantes	41
Expectorantes	41
Antitusivos narcóticos de primera generación Antihistamínico y descongestionantes	41
Narcótico antitusivo-descongestionante-expectorante COMB	41
Antitusivos narcóticos y antihistamínicos de primera generación	41
Combinaciones de antitusivos narcóticos y expectorantes	41-42
Combinaciones de antitusivos no narcóticos, antihistamínicos de primera generación, descongestionantes y analgésicos	42
Combinaciones de antitusivos no narcóticos, descongestionantes y expectorantes	41-42
Combinaciones de antitusivos no narcóticos y expectorantes	42
Peine antitusivo y expectorante no narcótico	42
Preparaciones para la nariz, vasoconstrictores (con receta)	42
Preparaciones para la nariz, vasoconstrictores (sin receta)	42
Agentes simpaticomiméticos	42

DERMATOLOGÍA	42-48
Agentes contra el acné, sistémicos.....	42
Agentes contra el acné, tópicos	42
Antitranspirantes.....	42
Antipruriginosos, sistémicos.....	42-43
Antipruriginosos, tópicos	43
Agentes antipsoriásicos, sistémicos	43
Agentes antipsoriásicos.....	43
Agentes antiseborreicos	43
Astringentes.....	43
Emolientes	43-44
Antisépticos a base de yodo	44
Irritantes y antiirritantes.....	44
Queratolíticos.....	44
Protectores	44
Agentes contra la rosácea, tópicos.....	45
Agentes tópicos, misceláneos	45
Antibióticos tópicos	45
Antifúngicos tópicos y antiinflamatorios, agentes esteroides	45
Antifúngicos tópicos.....	45-46
Esteroides antiinflamatorios tópicos.....	46-47
Antiinflamatorios tópicos, antiinflamatorios que no contienen esteroides (AINES) ...	47
Antineoplásicos tópicos y agentes contra lesiones premalignas	47
Antiparasitarios tópicos.....	47-48
Agentes inmunosupresores tópicos	48
Anestésias locales tópicas.....	48
Preparaciones tópicas, antibacteriales.....	48
Preparaciones tópicas, misceláneas.....	48
Sulfonamidas tópicas.....	48
Derivados de la vitamina a	48

DIABETES

49-52

Antihiper glucémicos, combinaciones de inhibidores DPP-4 y biguanidas	49
Antihiper glucémicos, inhibidores DPP-4 de enzimas y tiazolidinedionas	49
Antihiper glucémicos, miméticos de la incretina (agonistas de receptores GLP-1) ...	49
Antihiper glucémicos, inhibidores de cotransportadores de sodio-glucosa 2 (SGLT2)	49
Combinación de antihiper glucémicos y miméticos de la incretina	49
Antihiper glucémicos, inhibidores de alfa-glucosidasa (N-S)	49
Antihiper glucémicos, inhibidores de DPP-4	49-50
Antihiper glucémicos, tipos que estimulan la liberación de insulina	50
Antihiper glucémicos, estimulantes de respuesta a la insulina (N-S).....	50

Antihiper glucémicos, tipo biguanida (no sulfonilurea)	50
Antihiper glucémicos, insulina y agonistas receptores de GLP-1	50
Combinaciones de antihiper glucémicos, estimulante de insulina liberada y biguanidas	50
Antihiper glucémicos, combinaciones de inhibidores SGL T2 y biguanidas	50
Preparaciones para úlceras diabéticas, tópicas	51
Agentes modificadores de la enfermedad para la diabetes tipo 1	51
Hiper glucémicos	51
Insulinas	51-52
TRASTORNOS DEL OÍDO	52-53
Preparaciones para el oído, antiinfecciosas, misceláneas	52-53
Preparaciones para el oído, antibióticos	53
Preparaciones para el oído, eliminadores de cera en el oído	53
Preparaciones para el oído, antibióticos antiinflamatorios	53
REGULACIÓN DE ELECTROLITOS	53-54
Eliminadores de electrolitos	53
Reemplazo de potasio	53-54
Preparaciones de sodio/agua salina	54
TRASTORNOS ENDOCRINOS	54-56
Inhibidores de los esteroides adrenales	54
Hormonas antidiuréticas y vasopresoras	54
Agonistas antineoplásicos HLHR (HLGN), supresores de pituitaria	54
Preparaciones antitiroideas	54
Agentes de formación ósea: inhibidores de la esclerostina, mono	54
Inhibidores de la resorción ósea	54-55
Hormonas del crecimiento	55
Antagonista de LHRH (GNRH), combinación de estrógenos y progestágenos	55
Agonista LHRH (GNRH) análogo a los supresores hipofisarios	55
Antagonista de la LHRH (GNRH), agentes supresores de la hipófisis	55
Agonistas de pituitaria HLHR (HLGN) - pubertad precoz central	55
Suplementos para los síntomas de la menopausia - moduladores selectivos de receptores de estrógenos	55
Agentes supresores de la pituitaria	55
Hormonas tiroideas	56
TRASTORNOS DE LOS OJOS	56-59
Lágrimas artificiales	56
Inhibidores de anhidrasa carbónica	56
Combinaciones de antibióticos y corticoides para los ojos	56
Agentes inflamatorios para los ojos	56-57
Antivirales para los ojos	57

Preparaciones para los ojos, misceláneas	57
Sulfonamidas para los ojos	57
Mióticos y otros reductores de presión intraocular	57-58
Midriáticas	58
Antibióticos oftálmicos	58
Estabilizadores de mastocitos oftálmicos	58
Preparaciones oftálmicas, misceláneas	58-59
GOTA Y ENFERMEDADES RELACIONADAS	59
Colchicina	59
Tratamiento para la hiperuricemia, inhibidores de purina	59
Agentes uricosúricos	59
TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	59-60
Anticoagulantes, tipo cumarina	59
Agentes antifibrinolíticos	59
Inhibidores del factor directo XA	59
Agentes Hemorreológicos	59
Heparina y preparaciones relacionadas	59-60
Inhibidores de agregaciones de plaquetas	60
Agentes de anemia drepanocítica	60
Preparaciones de vitamina K	60
DEFICIENCIAS HORMONALES	60-61
Preparaciones de andrógeno y estrógeno para la disfunción sexual femenina	60
Agentes andrógenos	60
Estrógeno y combinaciones de moduladores selectivos de receptores de estrógeno (MSRE)	60
Agentes estrogénicos	60-61
Supresores de los síntomas de la menopausia - antágrafo del receptor NK3	61
Agentes progestacionales	61
INMUNIZACIÓN	61-62
Vacunas contra cocos grampositivos	61
Vacunas/Toxoides de bacilos productores de toxina	61
Preparados de vacunas/Toxoides, combinaciones	61
Vacunas Virales/Tumorigénicas	61-62
INMUNOSUPRESIÓN/MODULACIÓN	62
Inmunomoduladores	62
Inmunosupresores	62
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	62-71
Antiprozoario-antibacteriano anaeróbico de 2.a generación	62

Sulfonamidas absorbibles	62
Aminoglucósidos	62-63
Agentes antiprotozoarios-antibacteriales anaeróbicos	63
Antihelmínticos	63
Agentes antifúngicos	63
Antibióticos antifúngicos	63
Agentes antilepróticos	63
Medicamentos antipalúdicos	63-64
Agentes antimicobacteriales	64
Inhibidor de la integrasa antirretrovírica y combinación de NNRTI	64
Inhibidor de la integrasa antirretroviral y combinación de NRTI	64
Inhibidores antirretroviral-nucleósidos, nucleótido, proteasa	64
Antibióticos antituberculosos	64
Antiviral - inhibidor de la proteasa principal (MPRO)	64
Antivirales, general	64
Antivirales, VIH-SPEC, Inhibidores de proteasa no peptidicos	64-65
Antivirales, VIH-ESP, Analogo de nucleosido-nucleotido	65
Antivirales, VIH-ESP, Analogo de nucleosido, RTI comb	65
Antivirales, VIH-Específico, antag. del correceptor CCR5	65
Antivirales, específicos para el VIH, Inhibidores de la fijación de la CD4	65
Antivirales, VIH-Específicos, Inhibidores de la fusion	65
Antivirales, Especificos del VIH, no nucleosidos, RTI	65-66
Antivirales, Especificos para el VIH, analogos de nucleosidos, RTI	66
Antivirales, VIH-Específicos, analogos de nucleotidos, RTI	66
Antivirales, VIH-Específicos, inhibidores de la proteasa comb	66
Antivirales, VIH-Específicos, inhibidores de la proteasa	66
Antivirales, VIH-1 inhibidor de la transferencia de la cadena de la integra-SA	67
ARTV CMB nucleosido, nucleotido y no nucleosido RTI	67
ARV CMB-NRTI, N(T)RTI, inhibidor de la integrasa	67
ARV COMB-NRTIS & inhibidor de la integrasa	67
Betalactams	67
Cefalosporinas de primera generación	67-68
Cefalosporinas de segunda generación	68
Cefalosporinas de tercera generación	68
Quimioterapéuticos, antibacteriales, misceláneos	68
Combinacion de inhibidores HEP C - NS5A, N53 / 4A, Nucleótido NS5B	68
Virus de hepatitis C - Combinaciones de inhibidores de polimerasas NS5A y NS5B ..	68
Agentes para el tratamiento de la hepatitis B	68-69
Agentes para el tratamiento de la hepatitis C	69
Virus de la hepatitis C - Combinaciones de inhibidores de NS5A y N23/4A	69

Lincosamidas	69
Macrólidos	69
Derivados de nitrofuranos	70
Oxazolidinonas	70
Penicilinas	70
Quinolonas	70-71
Rifamicinas y antibióticos derivados relacionados	71
Tetraciclinas	71
Vancomicina y derivados	71
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	71-74
Antiinflamatorios, inhibidores del factor de necrosis tumoral	71-72
Antiinflamatorios, inhibidores de síntesis de pirimidina	72
Antiinflamatorios, inhibidores de fosfodiesterasa-4 (PDE4)	72
Glucocorticoides	72-73
Agentes hipertróficos, sistémicos/incl. Combinaciones	73
Inmunomodulador, estimulador de linfocitos B (BLYS) - inhibidor específico	73
Inhibidores del receptor IL-6 de la interleucina	73
Inhibidores de quinasas Janus	73
Mineralocorticoides	73
AINES, inhibidores de la ciclooxigenasa 2	73
AINES, inhibidores de la ciclooxigenasa	73-74
ANESTESIA LOCAL	74
Anestésias locales	74
TRASTORNOS DIGESTIVOS BAJOS	74-76
Inhibidores del amoníaco	74
Antidiarreicos	74
Sales biliares	74
Diagnóstico de enfermedad inflamatoria crónica del colon, salicilatos 5-A, tratamiento rectal	74-75
Tratamiento con medicamentos, diagnóstico de enfermedad inflamatoria crónica del colon, aminosalicilatos 5	75
Laxantes y purgantes	75
Laxantes, locales, rectales	75-76
Preparaciones rectales y del intestino bajo, glucocorticoides (no hemorroides)	76
AGENTES MISCELÁNEOS	76
Agentes de terapia contra la anafilaxis	76
Genético D/O TX-Exon inclusion oligonuclear en antisentido	76
Agentes parasimpáticos	76
ENFERMEDAD NEOPLÁSICA	76-79
Agentes alquilantes	76-77

Agentes antiandrogenicos	77
Antibioticos antineoplasticos.....	77
Anticuerpo monoclonal anti-CD20 (Linfocitos B).....	77
Antimetabolitos	77
Inhibidores de la aromatasa antineoplasica1.....	77-78
Antineoplasticos - Inhibidores de la quinasa braf.....	78
Antineoplasticos - Inhibidores de la via hedgehog.....	78
Antineoplasticos - Inhibidores de la tooisomerasa I.....	78
Antineoplasticos - Inhibidores de la enzima sistematica	78
Antineoplasticos, varios	78
Agentes de rescate/antidoto de quimioterapia	78-79
Agentes antineoplasticos fotoactivados (Sistemicos)	79
Moduladores selectivos de los receptores de estrogenos (SERM)	79
Antineoplasticos esteroideos.....	79
Alcaloides de la vinca.....	79
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: MISCELÁNEO	79-80
Agentes para tratar la esclerosis múltiple	79-80
Modulador del receptor de esfingosina 1-fosfato (S1P)	80
TRASTORNOS ORALES/FARÍNGEOS	80
Ayudas y preparaciones dentales.....	80
Preparaciones para la nariz, misceláneas (con receta).....	80
OTROS MEDICAMENTOS	80-81
Agentes antioxidantes	80
Estimulantes del apetito para tratar la anorexia, caquexia y el síndrome de emaciación	80
Condomes	80
Dispositivos y suministros para pruebas de diagnóstico.....	80-81
Suplementos dietéticos, misceláneos.....	81
Anestésicos generales - benedictinas, inyectables.....	81
Agentes de inhalación general.....	81
Insecticidas.....	81
Agentes de deficiencia metabólica.....	81
Preparaciones nasales, varias (De Venta Libre).....	81
Agentes somatostáticos	81
Agentes espesantes, orales	81
OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	81-82
Potenciador regulador de conducción de la fibrilación quística (CFTR).....	82
Cystic Fibrosis-CFTR potentiator & corrector comb.....	82
Mucolíticos	82

MANEJO DEL DOLOR: ANALGÉSICOS	82-86
Combinaciones de analgésicos, salicilatos, barbitúricos y xantina	82
Combinaciones de analgésicos, no salicilatos, barbitúricos y xantina	82
Analgésicos, antipiréticos, salicilatos	82-83
Analgésicos, antipiréticos, no salicilatos	83
Analgésicos, narcóticos	83-84
Preparaciones para la migraña	84-85
Combinaciones de analgésicos narcóticos y no salicilatos, barbitúricos y xantina	85
Combinaciones de analgésicos narcóticos y analgésicos no salicilatos	85-86
Agentes para la terapia de abstinencia de narcóticos	86
ENFERMEDAD DE PARKINSON	86
Medicamentos contra el Parkinson, anticolinérgicos	86
Medicamentos contra el Parkinson, otros	86
Inhibidores de la descarboxilasa	86
TRASTORNOS CONVULSIVOS	86-88
Anticonvulsivos, benzodiazepínico	86-87
Anticonvulsivos, tipo cannabinoide	87
Anticonvulsivos	87-88
TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS	88
Agentes para el tratamiento de la parálisis periódica - inhibidores VCde anhidrasas carbónicas	88
Relajantes musculoesqueléticos	88
ABANDONO DEL TABAQUISMO	88-89
Agentes disuasivos del tabaco (estimulantes ganglionares, otros)	88
Agentes disuasivos del tabaco, agonistas parciales de receptores nicotínicos	88-89
Disuasivos del tabaco, otros	89
TRASTORNOS DIGESTIVOS ALTOS	89-90
Antiácidos	89
Anticolinérgicos y antiespasmódicos	89
Antiflatulentos	89
Preparaciones contra las úlceras	89
Inhibidores del receptor H2 de la histamina	89-90
Estimulantes de motilidad intestinal	90
Enzimas pancreáticas	90
Inhibidores de la bomba de protones	90
TRACTO URINARIO: TRASTORNOS FUNCIONALES	90-91
Agentes de hipertrofia prostática/micción benigna	90
Agentes para la vejiga hiperactiva, receptores adrenérgicos beta-3	90-91
Modificadores de pH de la orina	91

Agentes anestésicos y analgésicos para el tracto urinario (colorantes azoicos)	91
Antiespasmódico del tracto urinario, antag. selectivo M(3)	91
Agentes antiespasmódicos y antiincontinencia para el tracto urinario	91
TRASTORNOS VAGINALES	91-92
Antibióticos vaginales	91
Antifúngicos vaginales.	91-92
Preparaciones vaginales con estrógeno	92
DEFICIENCIAS DE VITAMINAS O MINERALES	92-97
Combinaciones multivitaminicas antioxidantes	92
Sustitucion de calcio.	92
Preparados de fluor	92-93
Preparados de acido folico.	93
Preparados vitaminicos geriatricos.	93
Reemplazo de hierro	93
Sustitucion de sales de magnesio.	93
Preparados multivitaminicos	93-94
Preparados vitaminicos pediatricos	94-95
Preparados bitaminicos prenatales.	95
Vitamina A	95-96
Vitamina B	96
Vitamina B12.	96
Vitamina B6	96
Vitamina C	96
Vitamina D	96-97
Vitamina E.	96

Tenga en cuenta que cualquier medicamento que supere los \$650 por surtido requerirá una AP. AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

Determinados medicamentos deben obtenerse a través de la farmacia MedImpact Direct Specialty (MIDS).

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de cobertura de medicamentos AllCare CCO, llame al (541) 471-4106.

A partir del 1 de enero de 2024

Tabla de medicamentos

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
------------------------------------	---------

ALLERGY

2ND GEN ANTIHISTAMINE & DECONGESTANT COMBINATIONS

TIER 1

LORATADINE/PSEUDOEPHEDRINE (TAB ER 12H) 5 MG-120MG	PA
LORATADINE/PSEUDOEPHEDRINE (TAB ER 24H) 10MG-240MG	QL: 1 IN 1 DAYS

ANTIHISTAMINES - 1ST GENERATION

TIER 1

CHLORPHENIRAMINE MALEATE (SYRUP) 2 MG/5 ML	
CHLORPHENIRAMINE MALEATE (TAB ER) 12 MG	
CHLORPHENIRAMINE MALEATE (TAB) 4 MG	
DIPHENHYDRAMINE (CAP) 25 MG, 50 MG, 50 MG	
DIPHENHYDRAMINE (ELIXIR) 12.5MG/5ML	
DIPHENHYDRAMINE (LIQ) 12.5MG/5ML	
DIPHENHYDRAMINE (TAB CHEW) 12.5 MG	
DIPHENHYDRAMINE (TAB RAPDIS) 12.5 MG	
DIPHENHYDRAMINE (TAB) 25 MG, 25 MG, 50 MG	
HYDROXYZINE (SOL) 10 MG/5 ML	
HYDROXYZINE (TAB) 10 MG, 25 MG, 50 MG	
HYDROXYZINE PAMOATE (CAP) 100 MG	QL: 4 IN 1 DAYS
HYDROXYZINE PAMOATE (CAP) 25 MG, 50 MG	QL: 6 IN 1 DAYS
PROMETHAZINE (SYRUP) 6.25MG/5ML	
PROMETHAZINE (TAB) 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	

TIER 3

CLEMASTINE FUMARATE (SYRUP) 0.5 MG/5ML	PA, ST
CLEMASTINE FUMARATE (TAB) 1.34 MG, 2.68 MG	ST
CYPROHEPTADINE (SYRUP) 2 MG/5 ML	
CYPROHEPTADINE (TAB) 4 MG	

ANTIHISTAMINES - 2ND GENERATION

TIER 1

CETIRIZINE (SOL) 1 MG/ML, 5 MG/5 ML	QL: 150 IN 30 DAYS
CETIRIZINE (TAB) 10 MG	
CETIRIZINE (TAB) 5 MG	QL: 1 IN 1 DAYS
LORATADINE (SOL) 5 MG/5 ML	QL: 150 IN 30 DAYS
LORATADINE (TAB RAPDIS) 10 MG	
LORATADINE (TAB) 10 MG	

TIER 3

FEXOFENADINE (TAB) 180 MG	QL: 1 IN 1 DAYS
---------------------------	-----------------

NASAL ANTI-INFLAMMATORY STEROIDS

TIER 1

FLUTICASONE PROPIONATE (SPRAY SUSP) 50 MCG	
--	--

TIER 3

BUDESONIDE (SPRAY/PUMP) 32 MCG	
--------------------------------	--

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
FLUNISOLIDE (SPRAY) 25 MCG	ST
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (SPRAY) 55 MCG	QL: ≤ 50.7 IN 365 DAYS

NASAL MAST CELL STABILIZERS AGENTS

TIER 1

CROMOLYN SODIUM (SPRAY/PUMP) 5.2 MG

ANTIEMESIS/ANTIVERTIGO

ANTIEMETIC/ANTIVERTIGO AGENTS

TIER 1

DIMENHYDRINATE (TAB) 50 MG
 MECLIZINE (TAB CHEW) 25 MG
 MECLIZINE (TAB) 12.5 MG, 25 MG
 ONDANSETRON (TAB RAPDIS) 4 MG, 8 MG
 ONDANSETRON (TAB) 4 MG, 8 MG
 PROCHLORPERAZINE (SUPP.RECT) 25 MG
 PROCHLORPERAZINE MALEATE (TAB) 10 MG, 5 MG
 PROMETHAZINE (SUPP.RECT) 12.5 MG, 25 MG, 50 MG

TIER 2

DIMENHYDRINATE [DRAMAMINE] (TAB CHEW) 50 MG
 MECLIZINE (TAB) 50 MG

TIER 3

APREPITANT (CAP) 40 MG QL: ≤ 1 IN 180 DAYS
 DOXYLAMINE SUCCINATE/VIT B6 (TAB DR) 10 MG-10MG PA
 ONDANSETRON (SOL) 4 MG/5 ML AL: ≤ 4 YEARS
 SCOPOLAMINE (PATCH TD 3) 1 MG/3 DAY

ASTHMA AND COPD

ANTICHOLINERGIC, ORALLY INHALED SHORT ACTING

TIER 1

IPRATROPIUM BROMIDE (SOL) 0.2 MG/ML AL: ≥ 18 YEARS

TIER 2

IPRATROPIUM BROMIDE [ATROVENT HFA] 17MCG AL: ≥ 18 YEARS

ANTICHOLINERGICS, ORALLY INHALED LONG ACTING

TIER 2

ACLIDINIUM BROMIDE [TUDORZA PRESSAIR] 400 MCG QL: 1 IN 30 DAYS
 UMECLIDIUM BROMIDE [INCRUSE ELLIPTA] 62.5 MCG QL: 1 IN 30 DAYS

TIER 3

TIOTROPIUM BROMIDE [SPIRIVA RESPIMAT] (MIST INHAL) 1.25 MCG, 2.5 MCG QL: 4 IN 30 DAYS

BETA-ADRENERGIC AGENTS

TIER 1

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ALBUTEROL (SYRUP) 2 MG/5 ML		
ALBUTEROL (TAB ER 12H) 4 MG, 8 MG		
ALBUTEROL (TAB) 2 MG, 4 MG		
TIER 3		
TERBUTALINE (TAB) 2.5 MG, 5 MG		ST
<i>BETA-ADRENERGIC AGENTS, INHALED, SHORT ACTING</i>		
TIER 1		
ALBUTEROL 90 MCG		QL: 2 IN 30 DAYS
ALBUTEROL (SOL) 5 MG/ML		
ALBUTEROL (VIAL-NEB) MULTIPLE STRENGTHS		
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG		QL: 2 IN 30 DAYS
TIER 3		
ALBUTEROL [PROAIR RESPICLICK] 90 MCG		QL: <= 2 IN 30 DAYS
<i>BETA-ADRENERGIC AGENTS, INHALED, ULTRA-LONG ACTING</i>		
TIER 2		
OLODATEROL [STRIVERDI RESPIMAT] (MIST INHAL) 2.5 MCG		QL: 4 IN 30 DAYS, AL: ≥18 YEARS
<i>BETA-ADRENERGIC AGENTS, ORALLY INHALED, LONG ACTING</i>		
TIER 3		
SALMETEROL XINAFOATE [SEREVENT DISKUS] 50 MCG		QL: 2 IN 1 DAYS <= 60 IN 30 DAYS, AL: ≥18 YEARS, ST
<i>BETA-ADRENERGIC AND ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS</i>		
TIER 1		
IPRATROPIUM/ALBUTEROL (AMPUL-NEB) 0.5-3MG/3		AL: ≥18 YEARS
TIER 2		
IPRATROPIUM/ALBUTEROL [COMBIVENT RESPIMAT] (MIST INHAL) 20-100 MCG		QL: <= 4 IN 30 DAYS, AL: ≥18 YEARS
TIOTROPIUM BR/OLODATEROL [STIOLTO RESPIMAT] (MIST INHAL) 2.5-2.5MCG		QL: 4 IN 30 DAYS
UMECLIDINIUM BRM/VILANTEROL TR [ANORO ELLIPTA] 62.5-25MCG		QL: 1 IN 30 DAYS
<i>BETA-ADRENERGIC AND GLUCOCORTICOID COMBINATIONS</i>		
TIER 1		
BUDESONIDE/FORMOTEROL FUMARATE 160-4.5MCG, 80-4.5 MCG		QL: <= 10.3 IN 30 DAYS
FLUTICASONE PROPION/SALMETEROL MULTIPLE STRENGTHS		QL: 2 IN 1 DAYS
TIER 3		
FLUTICASONE PROPION/SALMETEROL MULTIPLE STRENGTHS		QL: 2 IN 1 DAYS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
FLUTICASONE/VILANTEROL 100-25MCG, 200-25 MCG	ST
MOMETASONE/FORMOTEROL [DULERA] 100-5 MCG, 200-5 MCG	QL: <= 13 IN 30 DAYS, AL: ≥12 YEARS, ST

BETA-ADRENERGIC-ANTICHOLINERGIC-GLUCOCORT, INHALED

TIER 3

BUDESONIDE/GLYCOPYR/FORMOTEROL [BREZTRI AEROSPHERE] 160-9-4.8	PA
FLUTICASONE/UMECLIDIN/VILANTER [TRELEGY ELLIPTA] 100-62.5, 200-62.5	ST

GLUCOCORTICIDS, ORALLY INHALED

TIER 1

BUDESONIDE (AMPUL-NEB) MULTIPLE STRENGTHS	AL: ≤5 YEARS
---	--------------

TIER 2

FLUTICASONE FUROATE [ARNUITY ELLIPTA] 100 MCG, 200 MCG	
FLUTICASONE PROPIONATE 100 MCG, 250 MCG, 50 MCG	QL: <= 60 IN 30 DAYS
FLUTICASONE PROPIONATE 110 MCG, 44 MCG	QL: <= 12 IN 30 DAYS

TIER 3

BECLOMETHASONE DIPROPIONATE [QVAR REDIBALER] 40 MCG, 80 MCG	QL: 1 IN 30 DAYS
BUDESONIDE [PULMICORT FLEXHALER] 180 MCG, 90 MCG	QL: <= 1 IN 30 DAYS
FLUTICASONE PROPIONATE 220 MCG	QL: <= 12 IN 30 DAYS, ST

INTERLEUKIN-4(IL-4) RECEPTOR ALPHA ANTAGONIST, MAB

TIER 3

DUPILUMAB [DUPIXENT SYRINGE] (SYRINGE) 300 MG/2ML	PA, MS
---	--------

INTERLEUKIN-5(IL-5) RECEPTOR ALPHA ANTAGONIST, MAB

TIER 3

BENRALIZUMAB [FASENRA PEN] (AUTO INJCT) 30 MG/ML	PA, MS
BENRALIZUMAB [FASENRA] (SYRINGE) 30 MG/ML	PA, MS

LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS

TIER 1

MONTELUKAST SODIUM (TAB CHEW) 4 MG	QL: 30 IN 30 DAYS, AL: <6 YEARS
MONTELUKAST SODIUM (TAB CHEW) 5 MG	QL: 30 IN 30 DAYS
MONTELUKAST SODIUM (TAB) 10 MG	QL: 30 IN 30 DAYS

TIER 3

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
MONTELUKAST SODIUM (GRAN PACK) 4 MG		PA, QL: 30 IN 30 DAYS
<i>MAST CELL STABILIZERS</i>		
TIER 1		
CROMOLYN SODIUM (ORAL CONC) 20 MG/ML		
<i>MAST CELL STABILIZERS, ORALLY INHALED</i>		
TIER 1		
CROMOLYN SODIUM (AMPUL-NEB) 20 MG/2 ML		
<i>MONOCLONAL ANTIBODIES TO IMMUNOGLOBULIN E(IGE)</i>		
TIER 2		
OMALIZUMAB [XOLAIR] (SYRINGE) 150 MG/ML, 75MG/0.5ML		PA, MS
OMALIZUMAB [XOLAIR] (VIAL) 150 MG		PA, MS
<i>MONOCLONAL ANTIBODY - INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS</i>		
TIER 2		
MEPOLIZUMAB [NUCALA] (VIAL) 100 MG		PA, MS
<i>PHOSPHODIESTERASE-4 (PDE4) INHIBITORS</i>		
TIER 3		
ROFLUMILAST (TAB) 500 MCG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
<i>RESPIRATORY AIDS,DEVICES,EQUIPMENT</i>		
TIER 1		
INHALER, ASSIST DEVICES [AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU] (SPACER)		QL: 2 YEAR
INHALER,ASSIST DEV,SMALL MASK [AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU] (SPACER)		QL: 2 YEAR
INHALER,ASSIST DEVICE,ACCESORY [COMFORTSEAL] (EACH)		QL: 2 YEAR
INHALER,ASSIST DEVICE,ACCESORY [EASIVENT] (EACH)		QL: 2 YEAR
INHALER,ASSIST DEVICE,LG MASK [AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU] (SPACER)		QL: 2 YEAR
INHALER,ASSIST DEVICE,MED MASK [AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU] (SPACER)		QL: 2 YEAR
PEAK FLOW METER [TRUZONE PEAK FLOW METER] (EACH)		QL: 2 YEAR
PEAK FLOW METER/INH ASSIT DEV [AEROGEAR ASTHMA ACTION KIT] (KIT)		QL: 2 YEAR
SPIROMETERS AND ACCESSORIES [PFLEX TRAINER] (EACH)		QL: 2 YEAR
<i>THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) INHIBITORS</i>		
TIER 3		
TEZEPELUMAB-EKKO [TEZSPIRE] (SYRINGE) 210MG/1.91		PA, MS
<i>XANTHINES</i>		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
THEOPHYLLINE ANHYDROUS (ELIXIR) 80 MG/15ML, 80 MG/15ML		
THEOPHYLLINE ANHYDROUS (SOL) 80 MG/15ML		
THEOPHYLLINE ANHYDROUS (TAB ER 12H) MULTIPLE STRENGTHS		
THEOPHYLLINE ANHYDROUS (TAB ER 24H) 400 MG, 600 MG		
TIER 2		
THEOPHYLLINE ANHYDROUS [THEO-24] (CAP ER 24H) 200 MG, 300 MG, 400 MG		
AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
<i>ALZHEIMER'S THERAPY, NMDA RECEPTOR ANTAGONISTS</i>		
TIER 1		
MEMANTINE (SOL) 2 MG/ML		PA
MEMANTINE (TAB) 10 MG, 5 MG		
<i>CHOLINESTERASE INHIBITORS</i>		
TIER 1		
DONEPEZIL (TAB RAPDIS) 10 MG, 5 MG		
DONEPEZIL (TAB) 10 MG, 23 MG, 5 MG		
GALANTAMINE HBR (CAP24H PEL) 16 MG, 24 MG, 8 MG		PA
GALANTAMINE HBR (SOL) 4 MG/ML		PA
GALANTAMINE HBR (TAB) 12 MG, 4 MG, 8 MG		
RIVASTIGMINE TARTRATE (CAP) 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		PA
TIER 3		
DONEPEZIL [ADLARITY] (PATCH TDWK) 10 MG/24HR, 5 MG/24 HR		QL: 1 IN 1 DAYS, ST
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE (TAB) 60 MG		PA
RIVASTIGMINE (PATCH TD24) 4.6MG/24HR, 9.5MG/24HR		PA
<i>NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) INHIBITORS</i>		
TIER 2		
ROZANOLIXIZUMAB-NOLI [RYSTIGGO] (VIAL) 280 MG/2ML		PA, MS
TIER 3		
EFGARTIGIMOD ALFA-FCAB [VYVGART] (VIAL) 400MG/20ML		PA, MS
EFGARTIGIMOD-HYALURONIDAS-QVFC [VYVGART HYTRULO] (VIAL) 1008MG/5.6		PA, MS
BEHAVIORAL HEALTH - OTHER		
<i>ADRENERGICS, AROMATIC, NON-CATECHOLAMINE</i>		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
DEXTROAMPHETAMINE (CAP ER) 10 MG, 15 MG, 5 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 2 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
DEXTROAMPHETAMINE (TAB) 10 MG, 5 MG		
DEXTROAMPHETAMINE/AMPHETAMINE (CAP ER 24H) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 2 IN 1 DAYS
DEXTROAMPHETAMINE/AMPHETAMINE (TAB) 30 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
DEXTROAMPHETAMINE/AMPHETAMINE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 3 IN 1 DAYS
TIER 3		
DEXTROAMPHETAMINE [XELSTRYM] (PATCH TD24) MULTIPLE STRENGTHS		PA
LISDEXAMFETAMINE (CAP) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, AL: ≥6 YEARS
LISDEXAMFETAMINE (TAB CHEW) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, AL: ≥6 YEARS
LISDEXAMFETAMINE [VYVANSE] (CAP) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, AL: ≥6 YEARS
LISDEXAMFETAMINE [VYVANSE] (TAB CHEW) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, AL: ≥6 YEARS
<i>ANTI-ALCOHOLIC PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
ACAMPROSATE CALCIUM (TAB DR) 333 MG		
<i>BARBITURATES</i>		
TIER 1		
PHENOBARBITAL (ELIXIR) 20 MG/5 ML		
PHENOBARBITAL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>NARCOTIC ANTAGONISTS</i>		
TIER 1		
NALMEFENE (VIAL) 2 MG/2 ML		QL: ≤ 4 IN 30 DAYS
NALOXONE (CARTRIDGE) 0.4 MG/ML		
NALOXONE (SYRINGE) 1 MG/ML		
NALOXONE (VIAL) 0.4 MG/ML		
NALTREXONE (TAB) 50 MG		
TIER 2		
NALOXONE (SPRAY) 4 MG		QL: ≤ 8, FL: 6 IN 365 DAYS
NALOXONE [KLOXXADO] (SPRAY) 8 MG		QL: ≤ 8, FL: 6 IN 365 DAYS
NALOXONE [ZIMHI] (SYRINGE) 5 MG/0.5ML		QL: 1 IN 1 DAYS, FL: 1 IN 30 DAYS

PINEAL HORMONE AGENTS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
MELATONIN (TAB) 3 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
MELATONIN/PYRIDOXINE (B6) (TAB) 3 MG-10 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
<i>SEDATIVE-HYPNOTICS, NON-BARBITURATE</i>		
TIER 1		
DOXYLAMINE SUCCINATE (TAB) 25 MG		
<i>TX FOR ATTENTION DEFICIT-HYPERACT(ADHD)/NARCOLEPSY</i>		
TIER 1		
METHYLPHENIDATE (CPBP 30-70) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 1 IN 1 DAYS 2 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
METHYLPHENIDATE (CPBP 50-50) 20 MG, 30 MG, 40 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 2 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
METHYLPHENIDATE (SOL) 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML		QL: 12 IN 1 DAYS
METHYLPHENIDATE (TAB ER 24) 18 MG, 27 MG, 36 MG, 54 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 2 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
METHYLPHENIDATE (TAB ER) 10 MG, 20 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 2 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
METHYLPHENIDATE (TAB) 10 MG, 20 MG, 5 MG		
METHYLPHENIDATE [RELEXXII] (TAB ER 24) 18 MG, 27 MG, 36 MG, 54 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 2 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
TIER 3		
DEXMETHYLPHENIDATE (CPBP 50-50) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 1 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS ≥6 YEARS, ST
DEXMETHYLPHENIDATE (TAB) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		QL: 3 IN 1 DAYS, AL: ≥6 YEARS, ST
METHYLPHENIDATE (PATCH TD24) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: 1 IN 1 DAYS 3 IN 1 DAYS, AL: ≤17 YEARS ≥6 YEARS, ST
CARDIOVASCULAR DISEASE		
<i>ACE INHIBITOR/CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATION</i>		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
AMLODIPINE BESYLATE/BENAZEPRIL (CAP) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>ACE INHIBITOR/THIAZIDE & THIAZIDE-LIKE DIURETIC</i>		
TIER 1		
BENAZEPRIL/HCTZ (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
ENALAPRIL/HCTZ (TAB) 10 MG-25MG, 5MG-12.5MG		
LISINOPRIL/HCTZ (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>ALPHA/BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</i>		
TIER 1		
CARVEDILOL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 3		
CARVEDILOL PHOSPHATE (CPMP 24HR) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		PA
LABETALOL (TAB) 100 MG, 200 MG, 300 MG		
<i>ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</i>		
TIER 1		
DOXAZOSIN MESYLATE (TAB) 1 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG		
PRAZOSIN (CAP) 1 MG, 2 MG, 5 MG		
TERAZOSIN (CAP) 1 MG, 10 MG, 2 MG, 5 MG		
<i>ANGIOTENSIN RECEPT-NEPRILYSIN INHIBITOR COMB(ARNI)</i>		
TIER 3		
SACUBITRIL/VALSARTAN [ENTRESTO] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		PA
<i>ANGIOTENSIN RECEPTOR ANTAG./THIAZIDE DIURETIC COMB</i>		
VALSARTAN/HCTZ (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 1		
IRBESARTAN/HCTZ (TAB) 150-12.5MG, 300-12.5MG		
LOSARTAN/HCTZ (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>ANGIOTENSIN RECEPTOR ANTAGNST & CALC.CHANNEL BLOCKR</i>		
TIER 1		
AMLODIPINE BES/OLMESARTAN MED (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 1 IN 1 DAYS
AMLODIPINE BESYLATE/VALSARTAN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>ANTIANGINAL & ANTI-ISCHEMIC AGENTS, NON-HEMODYNAMIC</i>		
TIER 1		
RANOLAZINE (TAB ER 12H) 1000 MG, 500 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
<i>ANTIARRHYTHMICS</i>		
TIER 1		
AMIODARONE (TAB) 200 MG, 400 MG		
DISOPYRAMIDE PHOSPHATE (CAP) 100 MG, 150 MG		
FLECAINIDE ACETATE (TAB) 100 MG, 150 MG, 50 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
MEXILETINE (CAP) 150 MG, 200 MG, 250 MG		
PROPAFENONE (TAB) 150 MG, 225 MG, 300 MG		
QUINIDINE (TAB) 200 MG, 300 MG		
QUINIDINE GLUCONATE (TAB ER) 324 MG		
TIER 2		
DISOPYRAMIDE PHOSPHATE [NORPACE CR] (CAP ER) 100 MG, 150 MG		
TIER 3		
DOFETILIDE (CAP) 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG		
<i>ANTIHYPERLIPIDEMIC - ATP CITRATE LYASE INHIBITOR</i>		
TIER 3		
BEMPEDOIC ACID [NEXLETOL] (TAB) 180 MG		PA
<i>ANTIHYPERLIPIDEMIC - HMG COA REDUCTASE INHIBITORS</i>		
TIER 1		
ATORVASTATIN CALCIUM (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		
LOVASTATIN (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG		
PRAVASTATIN SODIUM (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		
ROSUVASTATIN CALCIUM (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG		
SIMVASTATIN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 3		
FLUVASTATIN SODIUM (CAP) 20 MG, 40 MG		
FLUVASTATIN SODIUM (TAB ER 24H) 80 MG		
LOVASTATIN [ALTOPREV] (TAB ER 24H) 40 MG, 60 MG		
<i>ANTIHYPERLIPIDEMIC - PCSK9 INHIBITORS</i>		
TIER 2		
ALIROCUMAB [PRALUENT PEN] (PEN INJCTR) 150 MG/ML, 75 MG/ML		PA
EVOLOCUMAB [REPATHA PUSHTRONEX] (WEAR INJCT) 420 MG/3.5		PA
EVOLOCUMAB [REPATHA SURECLICK] (PEN INJCTR) 140 MG/ML		PA
EVOLOCUMAB [REPATHA SYRINGE] (SYRINGE) 140 MG/ML		PA
<i>ANTIHYPERLIPIDEMIC-ACLY AND CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS</i>		
TIER 3		
BEMPEDOIC ACID/EZETIMIBE [NEXLIZET] (TAB) 180MG-10MG		PA
<i>ANTIHYPERTENSIVES, ACE INHIBITORS</i>		
TIER 1		
BENAZEPRIL (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ENALAPRIL MALEATE (TAB) 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG		
FOSINOPRIL SODIUM (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG		
LISINOPRIL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
QUINAPRIL (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG		
RAMIPRIL (CAP) 1.25 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		
TRANDOLAPRIL (TAB) 1 MG, 2 MG, 4 MG		
TIER 3		
CAPTOPRIL (TAB) 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		
MOEXIPRIL (TAB) 15 MG, 7.5 MG		
<i>ANTIHYPERTENSIVES, ANGIOTENSIN RECEPTOR ANTAGONIST</i>		
VALSARTAN (TAB) 160 MG, 320 MG, 40 MG, 80 MG		
TIER 1		
IRBESARTAN (TAB) 150 MG, 300 MG, 75 MG		
LOSARTAN POTASSIUM (TAB) 100 MG, 25 MG, 50 MG		
TIER 3		
OLMESARTAN MEDOXOMIL (TAB) 20 MG, 40 MG, 5 MG		ST
TELMISARTAN (TAB) 20 MG, 40 MG, 80 MG		ST
<i>ANTIHYPERTENSIVES, SYMPATHOLYTIC</i>		
TIER 1		
CLONIDINE (TAB) 0.1 MG, 0.2 MG, 0.3 MG		AL: ≥6 YEARS
GUANFACINE (TAB) 1 MG, 2 MG		QL: 3 IN 1 DAYS, AL: ≥6 YEARS
METHYLDOPA (TAB) 250 MG, 500 MG		
<i>ANTIHYPERTENSIVES, VASODILATORS</i>		
TIER 1		
HYDRALAZINE (TAB) 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG		
MINOXIDIL (TAB) 10 MG, 2.5 MG		
<i>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</i>		
TIER 1		
ACEBUTOLOL (CAP) 200 MG, 400 MG		
ATENOLOL (TAB) 100 MG, 25 MG, 50 MG		
METOPROLOL SUCCINATE (TAB ER 24H) 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG		
METOPROLOL TARTRATE (TAB) 100 MG, 50 MG		
PROPRANOLOL (SOL) 20 MG/5 ML, 40MG/5ML		
PROPRANOLOL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
SOTALOL (TAB) 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG		
TIMOLOL MALEATE (TAB) 10 MG, 20 MG, 5 MG		
TIER 3		
BETAXOLOL (TAB) 10 MG, 20 MG		
BISOPROLOL FUMARATE (TAB) 10 MG, 5 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
NADOLOL (TAB) 20 MG, 40 MG, 80 MG PROPRANOLOL (CAP SA 24H) 120 MG, 160 MG, 60 MG, 80 MG		
<i>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS/THIAZIDE & RELATED</i>		
TIER 1		
ATENOLOL/CHLORTHALIDONE (TAB) 100MG-25MG, 50 MG-25MG		
<i>BILE SALT SEQUESTRANTS</i>		
TIER 1		
CHOLESTYRAMINE (WITH SUGAR) (POWD PACK) 4 G		DL: 60 DAYS
CHOLESTYRAMINE (WITH SUGAR) (POWDER) 4 G		DL: 60 DAYS
CHOLESTYRAMINE/ASPARTAME (POWD PACK) 4 G		DL: 60 DAYS
CHOLESTYRAMINE/ASPARTAME (POWDER) 4 G		DL: 60 DAYS
TIER 3		
COLESEVELAM (POWD PACK) 3.75 G		ST
COLESEVELAM (TAB) 625 MG		ST
COLESTIPOL (PACKET) 5 G		ST
COLESTIPOL (TAB) 1 G		ST
<i>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS</i>		
VERAPAMIL (CAP24H PCT) 100 MG, 200 MG, 300 MG		
VERAPAMIL (CAP24H PEL) MULTIPLE STRENGTHS		
VERAPAMIL (TAB ER) 120 MG, 180 MG, 240 MG		
VERAPAMIL (TAB) 120 MG, 40 MG, 80 MG		
TIER 1		
AMLODIPINE BESYLATE (TAB) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		
DILTIAZEM (CAP ER 24H) MULTIPLE STRENGTHS		
DILTIAZEM (CAP ER DEG) 120 MG, 180 MG, 240 MG		
DILTIAZEM (CAP SA 24H) MULTIPLE STRENGTHS		
DILTIAZEM (TAB) 120 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG		
FELODIPINE (TAB ER 24H) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		
NIFEDIPINE (CAP) 10 MG, 20 MG		
NIFEDIPINE (TAB ER 24) 30 MG, 60 MG, 90 MG		
NIFEDIPINE (TAB ER) 30 MG		
NIFEDIPINE (TAB ER) 60 MG, 90 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
TIER 3		
DILTIAZEM (CAP ER 12H) 120 MG, 60 MG, 90 MG		
DILTIAZEM (CAP ER 24H) 360 MG		
<i>CARDIAC MYOSIN INHIBITOR</i>		
TIER 3		
MAVACAMTEN [CAMZYOS] (CAP) 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, MS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
------------------------------------	---------

DIGITALIS GLYCOSIDES

TIER 1

DIGOXIN (TAB) 125 MCG, 250 MCG

TIER 2

DIGOXIN (SOL) 50 MCG/ML

LIPOTROPICS

TIER 1

EZETIMIBE (TAB) 10 MG

FENOFIBRATE (TAB) 160 MG, 54 MG

FENOFIBRATE NANOCRYSTALLIZED (TAB) 145 MG, 48 MG

GEMFIBROZIL (TAB) 600 MG

NIACIN (TAB ER 24H) 1000 MG, 500 MG, 750 MG

PA

NIACIN (TAB) 500 MG

OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS (CAP) 1 G

QL: 120 IN 30 DAYS

OMEGA-3S/DHA/EPA/FISH OIL (CAP) 600-1200MG

QL: 1 IN 1 DAYS

OMEGA-3S/DHA/EPA/FISH OIL [FISH OIL] (CAP) 720-1200MG

QL: 1 IN 1 DAYS

TIER 3

FENOFIBRATE,MICRONIZED (CAP) 134 MG, 200 MG

ST

OMEGA-3S/DHA/EPA/FISH OIL (CAP DR) 120-180-60

QL: 1 IN 1 DAYS

OMEGA-3S/DHA/EPA/FISH OIL [OMEGA ESSENTIALS BASIC] (LIQ) 1400MG/5ML

QL: 1 IN 1 DAYS

LOOP DIURETICS

TIER 1

FUROSEMIDE (SOL) 10 MG/ML, 40MG/5ML

FUROSEMIDE (TAB) 20 MG, 40 MG, 80 MG

TORSEMIDE (TAB) 10 MG, 100 MG, 20 MG, 5 MG

TIER 3

BUMETANIDE (TAB) 0.5 MG, 1 MG, 2 MG

POTASSIUM SPARING DIURETICS

TIER 1

AMILORIDE (TAB) 5 MG

SPIRONOLACTONE (TAB) 100 MG, 25 MG, 50 MG

TIER 3

EPLERENONE (TAB) 25 MG, 50 MG

QL: 1 IN 1 DAYS

FINERENONE [KERENDIA] (TAB) 10 MG, 20 MG

PA, QL: 1 IN 1 DAYS

POTASSIUM SPARING DIURETICS IN COMBINATION

TIER 1

AMILORIDE/HCTZ (TAB) 5 MG-50 MG

SPIRONOLACT/HYDROCHLOROTHIAZID (TAB) 25 MG-25MG

TRIAMTERENE/HYDROCHLOROTHIAZID (CAP) 37.5-25 MG

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TRIAMTERENE/HYDROCHLOROTHIAZID (TAB) 37.5-25 MG, 75 MG-50MG		
<i>PULM.ANTI-HTN,SEL.C-GMP PHOSPHODIESTERASE T5 INHIB</i>		
TIER 1		
SILDENAFIL CITRATE (TAB) 20 MG		QL: 3 IN 1 DAYS, AL: >10 YEARS
<i>PULMONARY ANTI-HTN, ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST</i>		
TIER 1		
BOSENTAN (TAB) 125 MG, 62.5 MG		PA, QL: 2 IN 1 DAYS, MS
<i>THIAZIDE AND RELATED DIURETICS</i>		
TIER 1		
HYDROCHLOROTHIAZIDE (CAP) 12.5 MG		
HYDROCHLOROTHIAZIDE (TAB) 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		
INDAPAMIDE (TAB) 1.25 MG, 2.5 MG		
METOLAZONE (TAB) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		
TIER 3		
CHLORTHALIDONE (TAB) 25 MG, 50 MG		
CHLORTHALIDONE [THALITONE] (TAB) 15 MG		
<i>VASODILATORS,CORONARY</i>		
TIER 1		
ISOSORBIDE DINITRATE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
ISOSORBIDE MONONITRATE (TAB ER 24H) 120 MG, 30 MG, 60 MG		
ISOSORBIDE MONONITRATE (TAB) 20 MG		
NITROGLYCERIN (PATCH TD24) MULTIPLE STRENGTHS		
NITROGLYCERIN (TAB SUBL) 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG		
TIER 2		
NITROGLYCERIN [NITRO-BID] (OINT.) 0.02		
NITROGLYCERIN [NITRO-DUR] (PATCH TD24) 0.3 MG/HR, 0.8MG/HR		
TIER 3		
NITROGLYCERIN (SPRAY) 400MCG/SPR		
NITROGLYCERIN [NITROMIST] (SPRAY) 400MCG/SPR		
CONTRACEPTION/OXYTOCICS		
<i>CONTRACEPTIVES, INTRAVAGINAL, SYSTEMIC</i>		
TIER 1		
ETONOGESTREL/ETHINYL ESTRADIOL (VAG RING) .12-.015MG		DL: 100 DAYS
<i>CONTRACEPTIVES,IMPLANTABLE</i>		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ETONOGESTREL [NEXPLANON] (IMPLANT) 68 MG		DL: 100 DAYS
<i>CONTRACEPTIVES, INJECTABLE</i>		
TIER 1		
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (SYRINGE) 150 MG/ML		DL: 100 DAYS
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (VIAL) 150 MG/ML		DL: 100 DAYS
<i>CONTRACEPTIVES, INTRAVAGINAL</i>		
TIER 1		
NONOXYNOL 9 (GEL/PF APP) 0.04		DL: 100 DAYS
TIER 2		
NONOXYNOL 9 [VCF] (FILM) 0.28		DL: 100 DAYS
TIER 3		
LACTIC ACID/CITRIC/POTASSIUM [PHEXXI] (GEL/PF APP) 1.8-1-0.4%		QL: <= 60 IN 30 DAYS, DL: 100 DAYS
<i>CONTRACEPTIVES, ORAL</i>		
TIER 1		
DESOG-E. ESTRADIOL/E. ESTRADIOL (TAB) 21-5 (28)		DL: 365 DAYS
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (TAB) 0.15-0.03, 7 DAYS X 3		DL: 365 DAYS
ETHINYL ESTRADIOL/DROSPIRENONE (TAB) 0.02-3(28), 0.03MG-3MG		DL: 365 DAYS
ETHYNODIOL D-ETHINYL ESTRADIOL (TAB) 1 MG-35MCG, 1 MG-50MCG		DL: 365 DAYS
LEVONORGESTREL/ETHIN. ESTRADIOL (TAB CHEW) 0.1-0.02MG		DL: 365 DAYS
LEVONORGESTREL/ETHIN. ESTRADIOL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		DL: 365 DAYS
LEVONORGESTREL/ETHIN. ESTRADIOL (TBDSPK 3MO) 0.15-0.03		DL: 365 DAYS
L-NORGEST/E. ESTRADIOL-E. ESTRAD (TBDSPK 3MO) 100-20(84), 150-30(84)		DL: 365 DAYS
NORETH-ETHINYL ESTRADIOL/IRON (TAB CHEW) 0.4-35(21), 0.8-25(24)		DL: 365 DAYS
NORETHINDRONE (TAB) 0.35 MG		DL: 365 DAYS
NORETHINDRONE AC-ETH ESTRADIOL (TAB) 1.5-0.03MG, 1MG-20MCG		DL: 365 DAYS
NORETHINDRONE-E. ESTRADIOL-IRON (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		DL: 365 DAYS
NORETHINDRONE-ETHIN. ESTRADIOL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		DL: 365 DAYS
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		DL: 365 DAYS
NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (TAB) 0.3-0.03MG		DL: 365 DAYS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 2		
LEVONORGESTREL (TAB) 1.5 MG		DL: 365 DAYS
LEVONORGESTREL [PLAN B ONE-STEP] (TAB) 1.5 MG		DL: 365 DAYS
ULIPRISTAL ACETATE [ELLA] (TAB) 30 MG		DL: 365 DAYS
TIER 3		
NORETHINDRONE-E.ESTRADIOL-IRON [LO LOESTRIN FE] (TAB) 1MG-10(24)		DL: 365 DAYS
<i>CONTRACEPTIVES, TRANSDERMAL</i>		
TIER 1		
NOELGESTROMIN/ETHIN.ESTRADIOL (PATCH TDWK) 150-35/24H		DL: 100 DAYS
<i>DIAPHRAGMS/CERVICAL CAP</i>		
TIER 1		
DIAPHRAGMS, CONTOURED [CAYA CONTOURED] (DIAPHRAGM) 65 MM-80MM		DL: 100 DAYS
DIAPHRAGMS, WIDE SEAL [WIDE SEAL DIAPHRAGM] (DIAPHRAGM) MULTIPLE STRENGTHS		DL: 100 DAYS
<i>OXYTOCICS</i>		
TIER 1		
METHYLERGONOVINE MALEATE (TAB) 0.2 MG		
COUGH AND COLD		
<i>1ST GEN ANTIHISTAMINE & DECONGESTANT COMBINATIONS</i>		
TIER 1		
CHLORPHENIRAMINE/PSEUDOEPHED (LIQ) 2-30MG/5ML		
CHLORPHENIRAMINE/PSEUDOEPHED (TAB) 4 MG-60 MG, 4 MG-60 MG		
PHENYLEPHRINE HCL/PROMETH (SYRUP) 5-6.25MG/5		
TRIPROLIDINE/PSEUDOEPHEDRINE (SYRUP) 1.25-30/5		
TRIPROLIDINE/PSEUDOEPHEDRINE (TAB) 2.5MG-60MG		
<i>1ST GEN ANTIHISTAMINE-DECONGESTANT-ANALGESIC COMB</i>		
TIER 1		
PSEUDOEPHED/ACETAMINOPHEN/CPM (TAB) 30-500-2MG		
TIER 2		
P-EPHED HCL/ACETAMINOPHN/DPHA [BENADRYL] (TAB) 30MG-500MG		
<i>ANALGESIC, NON-SAL. - 1ST GENERATION ANTIHISTAMINE</i>		
TIER 1		
ACETAMINOPHEN/DIPHENHYDRAMINE (TAB) 500MG-25MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
<i>ANTITUSSIVES, NON-NARCOTIC</i>		
TIER 1		
BENZONATATE (CAP) 100 MG, 200 MG		
DEXTROMETHORPHAN HBR (LIQ) 15 MG/5 ML		
DEXTROMETHORPHAN HBR (SYRUP) 15 MG/5 ML, 5 MG/5 ML		
TIER 2		
DEXTROMETHORPHAN HBR [SCOT-TUSSIN DM COUGH CHASER] (LOZENGE) 2.5 MG		
DEXTROMETHORPHAN HBR [SCOT-TUSSIN] (LIQ) 10 MG/5 ML		
<i>DECONGEST-ANALGESIC, NON-SALICYLATE COMB.</i>		
TIER 2		
PSEUDOEPHEDRINE/ACETAMINOPHEN [NEXAFED SINUS PRESSURE-PAIN] (TAB) 30MG-325MG		
<i>DECONGESTANT-EXPECTORANT COMBINATIONS</i>		
TIER 1		
GUAIFENESIN/PSEUDOEPHEDRINE (TAB ER 12H) 600MG-60MG		
TIER 2		
GUAIFENESIN/PSEUDOEPHEDRINE (TAB ER 12H) 1200-120MG		
GUAIFENESIN/PSEUDOEPHEDRINE [MUCINEX D] (TAB ER 12H) 1200-120MG		
<i>DECONGESTANTS, ORAL</i>		
TIER 1		
PSEUDOEPHEDRINE (TAB ER) 120 MG		
PSEUDOEPHEDRINE (TAB) 60 MG		
TIER 2		
PSEUDOEPHEDRINE (TAB) 30 MG		
PSEUDOEPHEDRINE [NEXAFED] (TAB) 30 MG		
PSEUDOEPHEDRINE [SUDAFED 24-HOUR] (TAB ER 24H) 240 MG		
<i>EXPECTORANTS</i>		
TIER 1		
GUAIFENESIN (LIQ) 200 MG/5ML		
GUAIFENESIN (TAB ER 12H) 600 MG		
GUAIFENESIN (TAB) 200 MG, 400 MG		
TIER 2		
GUAIFENESIN (LIQ) 100 MG/5ML		
GUAIFENESIN [TUSNEL-EX] (LIQ) 100 MG/5ML		
<i>NARCOTIC ANTITUSS-1ST GEN. ANTIHISTAMINE-DECONGEST</i>		
TIER 1		
PROMETHAZINE/PHENYLEPH/CODEINE (SYRUP) 6.25-5-10		AL: ≥12 YEARS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
<i>NARCOTIC ANTITUSSIVE-1ST GENERATION ANTIHISTAMINE</i>		
TIER 1		
PROMETHAZINE HCL/CODEINE (SYRUP) 6.25-10/5, 6.25-10/5		AL: ≥12 YEARS
<i>NARCOTIC ANTITUSSIVE-EXPECTORANT COMBINATION</i>		
TIER 1		
CODEINE PHOSPHATE/GUAIFENESIN (LIQ) MULTIPLE STRENGTHS		AL: ≥12 YEARS
<i>NON-NARC ANTITUSSIVE-1ST GEN ANTIHISTAMINE COMB.</i>		
TIER 1		
PROMETHAZINE/DEXTROMETHORPHAN (SYRUP) 6.25-15/5		
<i>NON-NARCOTIC ANTITUSS-DECONGESTANT-EXPECTORANT CM.</i>		
TIER 1		
GUAIFENESIN/DM/PSEUDOEPHEDRINE (LIQ) 50-5-15/5		
GUAIFENESIN/DM/PSEUDOEPHEDRINE (TAB) 200-10-30		
<i>NON-NARCOTIC ANTITUSSIVE AND EXPECTORANT COMB.</i>		
TIER 1		
GUAIFENESIN/DEXTROMETHORPHAN (LIQ) MULTIPLE STRENGTHS		
GUAIFENESIN/DEXTROMETHORPHAN (SYRUP) 100-10MG/5, 100-10MG/5		
<i>NOSE PREPARATIONS, VASOCONSTRICTORS (RX)</i>		
TIER 1		
EPINEPHRINE (SOL) 1 MG/ML		
<i>NOSE PREPARATIONS, VASOCONSTRICTORS(OTC)</i>		
TIER 1		
OXYMETAZOLINE (MIST) 0.0005		
OXYMETAZOLINE (SPRAY) 0.0005		
<i>SYMPATHOMIMETIC AGENTS</i>		
TIER 1		
PSEUDOEPHEDRINE (LIQ) 15 MG/5 ML		
PSEUDOEPHEDRINE (LIQ) 15 MG/5 ML		
DERMATOLOGY		
<i>ACNE AGENTS,SYSTEMIC</i>		
TIER 3		
ISOTRETINOIN (CAP) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: 2 IN 1 DAYS
<i>ACNE AGENTS, TOPICAL</i>		
TIER 1		
SULFACETAMIDE SODIUM (SUSPENSION) 0.1		PA
<i>ANTIPERSPIRANTS</i>		
TIER 2		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ALUMINUM CHLORIDE [DRYSOL] (SOL) 0.2		QL: 70 IN 30 DAYS, AL: <21 YEARS
<i>ANTIPRURITICS, SYSTEMIC</i>		
TIER 3		
DIFELIKEFALIN ACETATE [KORSUVA] (VIAL) 65 MCG/1.3		PA, MS
<i>ANTIPRURITICS, TOPICAL</i>		
TIER 1		
DIPHENHYDRAMINE (GEL (ML)) 0.02		
DIPHENHYDRAMINE (SPRAY) 0.02		
DIPHENHYDRAMINE HCL/ZINC ACET (CREAM) 2 %-0.1 %		
<i>ANTIPSORIATIC AGENTS, SYSTEMIC</i>		
TIER 3		
ACITRETIN (CAP) 10 MG, 17.5 MG, 25 MG		PA, MS
BRODALUMAB [SILIQ] (SYRINGE) 210 MG/1.5		PA, MS
DEUCRAVACITINIB [SOTYKTU] (TAB) 6 MG		PA, MS
GUSELKUMAB [TREMIFYA] (AUTO INJCT) 100 MG/ML		PA, MS
GUSELKUMAB [TREMIFYA] (SYRINGE) 100 MG/ML		PA, MS
SECUKINUMAB [COSENTYX (2 SYRINGES)] (SYRINGE) 150 MG/ML		PA, MS
SECUKINUMAB [COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)] (PEN INJCTR) 150 MG/ML		PA, MS
<i>ANTIPSORIATICS AGENTS</i>		
TIER 2		
ANTHRALIN [DRITHOCREME HP] (CREAM) 0.01		
TIER 3		
CALCIPOTRIENE (CREAM) 0.00005		PA, QL: 60 IN 30 DAYS
CALCIPOTRIENE (OINT.) 0.00005		PA, QL: 60 IN 30 DAYS
CALCIPOTRIENE (SOL) 0.00005		PA, QL: 60 IN 30 DAYS
ROFLUMILAST [ZORYVE] (CREAM) 0.003		PA
TAPINAROF [VTAMA] (CREAM) 0.01		PA
<i>ANTISEBORRHEIC AGENTS</i>		
TIER 1		
SELENIUM SULFIDE (LOTION) 0.025		PA
SELENIUM SULFIDE (SHAMPOO) 0.01		
TIER 2		
SULFACETAMIDE SODIUM (SHAMPOO) 0.1		PA
SULFACETAMIDE SODIUM [OVACE PLUS] (SHAMPOO) 0.1		PA
<i>ASTRINGENTS</i>		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ALUMINUM ACETATE (SOL)		
<i>EMOLLIENTS</i>		
TIER 1		
GLYCERIN (LIQ)		
<i>HYPERTRICHOTIC AGENTS, SYSTEMIC/INCL. COMBINATIONS</i>		
TIER 3		
RITLECITINIB TOSYLATE [LITFULO] (CAP) 50 MG		PA, MS
<i>IODINE ANTISEPTICS</i>		
TIER 1		
POVIDONE-IODINE (GEL (ML)) 0.1		
POVIDONE-IODINE (LIQ PKT) 0.1		
POVIDONE-IODINE (MED. SWAB) 0.1		
POVIDONE-IODINE (OINT.) 0.1		
POVIDONE-IODINE (SOL) 0.075, 0.1		
POVIDONE-IODINE (SPRAY) 0.1		
TIER 2		
POVIDONE-IODINE (SOL) 0.05		
POVIDONE-IODINE [SUMMER'S EVE DOUCHE] (SOL) 0.003, 0.003		
<i>IRRITANTS/COUNTER-IRRITANTS</i>		
TIER 1		
CAPSAICIN (ADH. PATCH) 0.00025		
CAPSAICIN (CREAM) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 2		
MENTHOL (GEL (GRAM))		
MENTHOL (POWDER) 0.01		
MENTHOL [GOLD BOND MEDICATED FOOT] (POWDER) 0.01		
MENTHOL [STOPAIN] (SPRAY) 0.06		
MENTHOL/ALOE VERA EXTRACT [ICY HOT] (GEL (GRAM)) 0.16		
METHYL SALICYLATE/MENTHOL (ADH. PATCH) 10 %-3 %		PA
<i>KERATOLYTICS</i>		
TIER 1		
BENZOYL PEROXIDE (CLEANSER) 0.05, 0.1		QL: 240 IN 30 DAYS
BENZOYL PEROXIDE (GEL (GRAM)) 0.025		
BENZOYL PEROXIDE (GEL (GRAM)) 0.05		QL: <= 60 IN 30 DAYS
PODOFILOX (SOL) 0.005		
SALICYLIC ACID (ADH. PATCH) 0.4		DL: 84 DAYS DS <= 84 IN 365 DAYS, AL: <=20 YEARS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
SALICYLIC ACID (LIQ) 0.17	DL: 84 DAYS DS <= 84 IN 365 DAYS, AL: ≤20 YEARS

PROTECTIVES

VIT A/VITAMIN D3/E/ALOE V/ZINC (OINT.)
ZINC OXIDE (OINT.) 0.2, 0.25,

TIER 1

ALUMINUM HYDROXIDE (OINT.)
CORN STARCH (POWDER) 0.837

TIER 2

ZINC OXIDE (OINT.) 0.16
ZINC OXIDE (PASTE) 0.25
ZINC OXIDE [BOUDREAUXS] (OINT.) 0.16

ROSACEA AGENTS, TOPICAL

TIER 1

METRONIDAZOLE (CREAM) 0.0075 PA
METRONIDAZOLE (GEL (GRAM)) 0.0075 PA
METRONIDAZOLE (LOTION) 0.0075 PA

TIER 2

METRONIDAZOLE [NORITATE] (CREAM) 0.01 PA

TOPICAL AGENTS, MISCELLANEOUS

UREA (CREAM) 0.2 QL: 85 IN 30 DAYS

TOPICAL ANTIBIOTICS

TIER 1

BACITRACIN (OINT.) 500 UNIT/G, 500 UNIT/G
BACITRACIN (PACKET) 500 UNIT/G
BACITRACIN ZINC (OINT PACK) 500 UNIT/G
BACITRACIN ZINC (OINT.) 500 UNIT/G, 500 UNIT/G
BACITRACIN ZINC/POLYMYXIN B (OINT.) 500-10K/G

CLINDAMYCIN PHOSPHATE (SOL) 0.01 QL: 60 IN 30 DAYS

GENTAMICIN (OINT.) 0.001

MUPIROCIN (OINT.) 0.02 QL: 112 IN 30 DAYS

NEOMYCIN/BACITRACIN/POLYMYXINB (OINT PACK) 3.5-400-5K

NEOMYCIN/BACITRACIN/POLYMYXINB (OINT.) 3.5-400-5K, 3.5MG-400

NEOMYCIN/BACITRACIN/POLYMYXIN/PRAMOX (OINT.) 3.5-10K-10

TIER 3

GENTAMICIN (CREAM) 0.001

MUPIROCIN CALCIUM (CREAM) 0.02 ST

TOPICAL ANTIFUNGAL/ANTIINFLAMMATORY, STERIOD AGENT

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
CLOTRIMAZOLE/BETAMETHASONE DIP (CREAM) 1 %-0.05 %		
TOPICAL ANTIFUNGALS		
TIER 1		
CICLOPIROX (SOL) 0.08		
CLOTRIMAZOLE (CREAM) 0.01		
CLOTRIMAZOLE (SOL) 0.01		
MICONAZOLE NITRATE (AERO POWD) 0.02		
MICONAZOLE NITRATE (CREAM(ML)) 0.02		
MICONAZOLE NITRATE (CREAM) 0.02		
MICONAZOLE NITRATE (OINT.) 0.02		
MICONAZOLE NITRATE (POWDER) 0.02		
MICONAZOLE NITRATE (TINCTURE) 0.02		
NYSTATIN (CREAM) 100000/G		
NYSTATIN (OINT.) 100000/G		
NYSTATIN (POWDER) 100000/G		QL: 120 IN 30 DAYS
TERBINAFINE (CREAM) 0.01		
TOLNAFTATE (AERO POWD) 0.01, 0.01		
TOLNAFTATE (CREAM) 0.01		
TOLNAFTATE (POWDER) 0.01		
TOLNAFTATE (SOL) 0.01		
TIER 2		
MICONAZOLE NITRATE (SPRAY) 0.02		
MICONAZOLE NITRATE [LOTTRIMIN AF] (SPRAY) 0.02		
TERBINAFINE [LAMISIL] (SPRAY) 0.01		PA
TIER 3		
KETOCONAZOLE (CREAM) 0.02		FL: 3 IN 365 DAYS
KETOCONAZOLE (SHAMPOO) 0.02		
KETOCONAZOLE [NIZORAL A-D] (SHAMPOO) 0.01		ST
NYSTATIN/TRIAMCINOLONE ACET (CREAM) 100000-0.1, 100000-0.1		ST
NYSTATIN/TRIAMCINOLONE ACET (OINT.) 100000-0.1		ST
CLOTRIMAZOLE (LOTION) 0.01		
TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY STEROIDAL		
TIER 1		
BETAMETHASONE DIPROPIONATE (CREAM) 0.0005		PA
BETAMETHASONE DIPROPIONATE (GEL (GRAM)) 0.0005		PA
BETAMETHASONE DIPROPIONATE (LOTION) 0.0005		PA
BETAMETHASONE DIPROPIONATE (OINT.) 0.0005		PA

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
BETAMETHASONE VALERATE (CREAM) 0.001	PA	
BETAMETHASONE VALERATE (LOTION) 0.001	PA	
BETAMETHASONE VALERATE (OINT.) 0.001	PA	
BETAMETHASONE/PROPYLENE GLYC (CREAM) 0.0005	PA	
BETAMETHASONE/PROPYLENE GLYC (LOTION) 0.0005	PA	
BETAMETHASONE/PROPYLENE GLYC (OINT.) 0.0005	PA	
CLOBETASOL PROPIONATE (CREAM) 0.0005		
CLOBETASOL PROPIONATE (OINT.) 0.0005		
CLOBETASOL PROPIONATE (SOL) 0.0005	PA	
CLOBETASOL PROPIONATE/EMOLL (CREAM) 0.0005	PA	
FLUOCINOLONE ACETONIDE (OIL) 0.0001	PA	
FLUOCINONIDE (CREAM) 0.0005	PA	
FLUOCINONIDE (GEL (GRAM)) 0.0005	PA	
FLUOCINONIDE (OINT.) 0.0005	PA	
FLUOCINONIDE (SOL) 0.0005	PA	
FLUOCINONIDE/EMOLLIENT BASE (CREAM) 0.0005	PA	
FLUTICASONE PROPIONATE (CREAM) 0.0005	PA	
FLUTICASONE PROPIONATE (OINT.) 0.00005	PA	
HYDROCORTISONE (CREAM) 0.005, 0.01, 0.025		
HYDROCORTISONE (CRM/PE APP) 0.01		
HYDROCORTISONE (GEL (GRAM)) 0.01		
HYDROCORTISONE (LOTION) 0.005, 0.01, 0.025		
HYDROCORTISONE (OINT.) 0.005, 0.01, 0.025		
HYDROCORTISONE (SOL) 0.01		
HYDROCORTISONE (SPRAY) 0.01		
HYDROCORTISONE ACETATE (CREAM PACK) 0.01		
HYDROCORTISONE ACETATE (CREAM) 0.005, 0.01		
HYDROCORTISONE ACETATE (OINT.) 0.01		
HYDROCORTISONE BUTYRATE (SOL) 0.001	PA	
HYDROCORTISONE/ALOE VERA (CREAM) 0.01		
MOMETASONE FUROATE (CREAM) 0.001		
MOMETASONE FUROATE (OINT.) 0.001		
MOMETASONE FUROATE (SOL) 0.001		
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (CREAM) 0.00025, 0.001, 0.005		
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (LOTION) 0.00025, 0.001		
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (OINT.) 0.00025, 0.001, 0.005		
HYDROCORTISONE (LOTION) 0.02		

TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY, NSAIDS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
DICLOFENAC SODIUM (GEL (GRAM)) 0.01		QL: <= 100 IN 30 DAYS
<i>TOPICAL ANTINEOPLASTIC & PREMALIGNANT LESION AGENTS</i>		
TIER 1		
FLUOROURACIL (CREAM) 0.05		PA
FLUOROURACIL (SOL) 0.05		PA
TIER 3		
DICLOFENAC SODIUM (GEL (GRAM)) 0.03		PA
FLUOROURACIL (CREAM) 0.005		PA
FLUOROURACIL (SOL) 0.02		PA
FLUOROURACIL [FLUOROPLEX] (CREAM) 0.01		PA
<i>TOPICAL ANTIPARASITICS</i>		
TIER 1		
PERMETHRIN (CREAM) 0.05		
PERMETHRIN (LIQ) 0.01		
PIPERONYL BUT/PYRETHINS/PERMET (KIT) 4-.33-.5%		
PIPERONYL BUTOXIDE/PYRETHRINS (SHAMPOO) 4%-0.33%		
TIER 3		
MALATHION (LOTION) 0.005		ST
<i>TOPICAL IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS</i>		
TIER 1		
TACROLIMUS (OINT.) 0.0003, 0.001		PA
<i>TOPICAL LOCAL ANESTHETICS</i>		
TIER 1		
LIDOCAINE (ADH. PATCH) 0.05		QL: 1 IN 1 DAYS <= 15 IN 365 DAYS
LIDOCAINE (OINT.) 0.05, 0.05		QL: 60 IN 30 DAYS
LIDOCAINE/PRILOCAINE (CREAM) 2.5 %-2.5%		QL: 60 IN 30 DAYS
TIER 2		
TETRACAINE/BENZOCAINE/BUTAMBEN [CETACAINE ANESTHETIC] (LIQ) 2%-14%-2%		
<i>TOPICAL PREPARATIONS,ANTIBACTERIALS</i>		
TIER 1		
CHLORHEXIDINE GLUCONATE (LIQ) 0.02, 0.04		
TIER 2		
CADEXOMER IODINE [IODOSORB] (GEL (GRAM)) 0.009		QL: <= 40
<i>TOPICAL PREPARATIONS,MISCELLANEOUS</i>		
TIER 1		
CALCIUM ACETATE/ALUMINUM SULF (POWD PACK) 51 %-49 %		PA
TIER 2		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
SODIUM CHLORIDE [NORMLGEL] (GEL (GRAM)) 0.009		
CALCIUM ACETATE/ALUMINUM SULF (POWD PACK) 952-1347MG		PA
TOPICAL SULFONAMIDES		
TIER 1		
SILVER SULFADIAZINE (CREAM) 0.01		
VITAMIN A DERIVATIVES		
TIER 1		
TRETINOIN (CREAM) 0.00025, 0.0005, 0.001		FL: 1 IN 30 DAYS, AL: <21 YEARS
TRETINOIN (GEL (GRAM)) 0.0001, 0.00025		PA, QL: <= 45 IN 30 DAYS
TIER 3		
ADAPALENE (GEL (GRAM)) 0.001		PA, QL: <= 45 IN 30 DAYS
DIABETES		
ANTIHYPERGLY, (DPP-4) INHIBITOR & BIGUANIDE COMB.		
TIER 1		
ALOGLIPTIN BENZ/METFORMIN (TAB) 12.5-1000, 12.5-500MG		QL: 2 IN 1 DAYS
TIER 2		
LINAGLIPTIN/METFORMIN [JENTADUETO XR] (TAB BP 24H) 2.5-1000MG, 5MG-1000MG		PA
LINAGLIPTIN/METFORMIN [JENTADUETO] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		PA
ANTIHYPERGLY, DPP-4 ENZYME INHIB & THIAZOLIDINEDIONE		
TIER 1		
ALOGLIPTIN BENZ/PIOGLITAZONE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 1 IN 1 DAYS
ANTIHYPERGLY, INCRETIN MIMETIC (GLP-1 RECEPTOR AGONIST)		
TIER 2		
EXENATIDE MICROSPHERES [BYDUREON BCISE] (AUTO INJCT) 2MG/0.85ML		PA
TIER 3		
DULAGLUTIDE [TRULICITY] (PEN INJCTR) MULTIPLE STRENGTHS		PA
EXENATIDE [BYETTA] (PEN INJCTR) 10MCG/0.04, 5MCG/0.02		PA
SEMAGLUTIDE [OZEMPIC] (PEN INJCTR) .25 OR 0.5		PA
SEMAGLUTIDE [OZEMPIC] (PEN INJCTR) 1/0.75 (3), 2MG/0.75ML		PA, QL: <= 3 IN 21 DAYS
SEMAGLUTIDE [RYBELSUS] (TAB) 14 MG, 3 MG, 7 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
ANTIHYPERGLYCEMIC-SODIUM/GLUCOCOTRANSPORT2 (SGLT2) INHIB		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 2		
ERTUGLIFLOZIN PIDOLATE [STEGLATRO] (TAB) 15 MG, 5 MG		QL: 1 IN 1 DAYS, ST
TIER 3		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (TAB) 10 MG, 5 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
EMPAGLIFLOZIN [JARDIANCE] (TAB) 10 MG, 25 MG		PA
BEXAGLIFLOZIN [BRENZAVVY] (TAB) 20 MG		PA
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC - INCRETIN MIMETICS COMBINATION</i>		
TIER 3		
TIRZEPATIDE [MOUNJARO] (PEN INJCTR) MULTIPLE STRENGTHS		PA, QL: <= 2 IN 21 DAYS
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC, ALPHA-GLUCOSIDASE INHIB (N-S)</i>		
TIER 1		
ACARBOSE (TAB) 100 MG, 25 MG, 50 MG		
MIGLITOL (TAB) 100 MG, 25 MG, 50 MG		
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC, DPP-4 INHIBITORS</i>		
TIER 1		
ALOGLIPTIN BENZOATE (TAB) 12.5 MG, 25 MG, 6.25 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
TIER 2		
LINAGLIPTIN [TRADJENTA] (TAB) 5 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC, INSULIN-RELEASE STIMULANT TYPE</i>		
TIER 1		
GLIMEPIRIDE (TAB) 1 MG, 2 MG, 4 MG		
GLIPIZIDE (TAB ER 24) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		
GLIPIZIDE (TAB) 10 MG, 5 MG		
GLYBURIDE (TAB) 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG		
GLYBURIDE, MICRONIZED (TAB) 1.5 MG, 3 MG, 6 MG		
TIER 3		
NATEGLINIDE (TAB) 120 MG, 60 MG		QL: 3 IN 1 DAYS
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC, INSULIN-RESPONSE ENHANCER (N-S)</i>		
TIER 1		
PIOGLITAZONE (TAB) 15 MG, 30 MG, 45 MG		
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC, BIGUANIDE TYPE (NON-SULFONYLUREA)</i>		
TIER 1		
METFORMIN (TAB ER 24H) 500 MG, 750 MG		
METFORMIN (TAB) 1000 MG, 500 MG, 850 MG		
TIER 3		
METFORMIN (TAB ER 24) 1000 MG, 500 MG		
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC, INSULIN & GLP-1 RECEPTOR AGONIST</i>		
TIER 2		
INSULIN DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE [XULTOPHY 100-3.6] (PEN) 100-3.6/ML		PA
TIER 3		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
INSULIN GLARGINE/LIXISENATIDE [SOLIQUA 100-33] (PEN) 100-33/ML		PA
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC,INSULIN-REL STIM.& BIGUANIDE CMB</i>		
TIER 1		
GLIPIZIDE/METFORMIN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
GLYBURIDE/METFORMIN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>ANTIHYPERGLYCEMIC-SGLT2 INHIBITOR & BIGUANIDE COMB</i>		
TIER 2		
ERTUGLIFLOZIN/METFORMIN [SEGLUOMET] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 2 IN 1 DAYS, ST
TIER 3		
EMPAGLIFLOZIN/METFORMIN [SYNJARDY XR] (TAB BP 24H) MULTIPLE STRENGTHS		PA
EMPAGLIFLOZIN/METFORMIN [SYNJARDY] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		PA
<i>DIABETIC ULCER PREPARATIONS, TOPICAL</i>		
TIER 3		
BECAPLERMIN [REGRANEX] (GEL (GRAM)) 0.0001		PA
<i>DISEASE MODIFYING AGENTS FOR TYPE 1 DIABETES</i>		
TIER 3		
TEPLIZUMAB-MZWV [TZIELD] (VIAL) 2 MG/2 ML		PA, MS
<i>HYPERGLYCEMICS</i>		
TIER 1		
DEXTROSE (GEL (GRAM)) 0.4		
DEXTROSE (GEL PACKET) 15 G/33 G		
DEXTROSE (LIQ) 15 G/60 ML, 15G/59ML		
DEXTROSE (TAB CHEW) 1 G		
DEXTROSE (TAB CHEW) 4 G, 4 G		FL: 2 IN 30 DAYS
TIER 2		
DEXTROSE/DEXTRIN/MALTOSE [INSTA-GLUCOSE] (GEL (GRAM)) 24 G/31 G		
GLUCAGON (VIAL) 1 MG		QL: 6 YEAR
GLUCAGON [GLUCAGON EMERGENCY KIT] (VIAL) 1 MG		QL: 6 YEAR
GLUCAGON [GVOKE HYPOPEN 1-PACK] (AUTO INJCT) 0.5 MG/0.1		QL: 6 YEAR
GLUCAGON [GVOKE HYPOPEN 1-PACK] (AUTO INJCT) 1 MG/0.2ML		QL: 6 IN 365 DAYS
TIER 3		
GLUCAGON [BAQSIMI] (SPRAY) 3 MG		QL: 6 YEAR
<i>INSULINS</i>		
INSULIN DEGLUDEC (PEN) 200/ML (3)		PA

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
INSULIN ASPART (CARTRIDGE) 100/ML		
INSULIN ASPART (PEN) 100/ML (3)		
INSULIN ASPART (VIAL) 100/ML		
INSULIN ASPART PROT/INSULIN ASP (PEN) 70-30/ML		
INSULIN ASPART PROT/INSULIN ASP (VIAL) 70-30/ML		
INSULIN DEGLUDEC (PEN) 100/ML (3)		PA
INSULIN DEGLUDEC (VIAL) 100/ML		PA
INSULIN GLARGINE-YFGN (VIAL) 100/ML		
INSULIN LISPRO PROTAMIN/LISPRO (PEN) 75-25/ML		
TIER 2		
INSULIN REGULAR, HUMAN [HUMULIN R] (VIAL) 100/ML		
INSULIN REGULAR, HUMAN [NOVOLIN R FLEXPEN] (PEN) 100/ML (3)		PA
TIER 3		
INSULIN DETEMIR [LEVEMIR FLEXPEN] (PEN) 100/ML (3)		ST
INSULIN DETEMIR [LEVEMIR] (VIAL) 100/ML		ST
INSULIN GLARGINE,HUM.REC.ANLOG [TOUJEO MAX SOLOSTAR] (PEN) 300/ML (3)		PA
INSULIN GLARGINE,HUM.REC.ANLOG [TOUJEO SOLOSTAR] (PEN) 300/ML		PA
INSULIN GLULISINE [APIDRA] (VIAL) 100/ML		ST
INSULIN LISPRO (INS PEN HF) 100/ML		
INSULIN LISPRO (PEN) 100/ML		
INSULIN LISPRO (VIAL) 100/ML		
INSULIN LISPRO [ADMELOG SOLOSTAR] (PEN) 100/ML		
INSULIN LISPRO [ADMELOG] (VIAL) 100/ML		
INSULIN LISPRO [HUMALOG KWIKPEN U-200] (PEN) 200/ML (3)		PA
INSULIN LISPRO [HUMALOG] (CARTRIDGE) 100/ML		PA
INSULIN LISPRO PROTAMIN/LISPRO [HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN] (PEN) 50-50/ML		
INSULIN LISPRO PROTAMIN/LISPRO [HUMALOG MIX 75-25] (VIAL) 75-25/ML		PA
INSULIN NPH HUM/REG INSULIN HM [HUMULIN 70/30 KWIKPEN] (PEN) 70-30/ML		ST
INSULIN NPH HUM/REG INSULIN HM [HUMULIN 70-30] (VIAL) 70-30/ML		ST

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
INSULIN NPH HUM/REG INSULIN HM [NOVOLIN 70-30 FLEXPEN] (PEN) 70-30/ML	
INSULIN NPH HUM/REG INSULIN HM [NOVOLIN 70-30] (VIAL) 70-30/ML	
INSULIN NPH HUMAN ISOPHANE [HUMULIN N KWIKPEN] (PEN) 100/ML (3)	
INSULIN NPH HUMAN ISOPHANE [HUMULIN N] (VIAL) 100/ML	ST
INSULIN NPH HUMAN ISOPHANE [NOVOLIN N] (VIAL) 100/ML	
INSULIN REGULAR, HUMAN [HUMULIN R U-500 KWIKPEN] (PEN) 500/ML (3)	
INSULIN REGULAR, HUMAN [HUMULIN R] (VIAL) 100/ML	
INSULIN GLARGINE-YFGN (PEN) 100/ML (3)	

EAR DISORDERS

EAR PREPARATIONS, MISC. ANTI-INFECTIVES

TIER 1

ACETIC ACID (SOL) 0.02,
HYDROCORTISONE/ACETIC ACID (DROPS) 1 %-2 %

EAR PREPARATIONS, ANTIBIOTICS

TIER 1

CIPROFLOXACIN (DROPERETTE) 0.002
NEOMYCIN/POLYMYXIN B/HYDROCORT (DROPS SUSP) 3.5-10K-1, 3.5-10K-10
NEOMYCIN/POLYMYXIN B/HYDROCORT (SOL) 3.5-10K-1
OFLOXACIN (DROPS) 0.003, 0.003

TIER 3

NEOMYC/COLIST/HYDROCORT/THONZN [CORTISPORIN-TC] (DROPS SUSP) 3.3-3-10/1

EAR PREPARATIONS, EAR WAX REMOVERS

TIER 1

CARBAMIDE PEROXIDE (DROPS) 0.065

OTIC PREPARATIONS, ANTI-INFLAMMATORY-ANTIBIOTICS

TIER 3

CIPROFLOXACIN HCL/DEXAMETH (DROPS SUSP) 0.3 %-0.1%
CIPROFLOXACIN/HYDROCORTISONE [CIPRO HC] (DROPS SUSP) 0.2 %-1 %

ELECTROLYTE REGULATION

ELECTROLYTE DEPLETERS

TIER 1

CALCIUM ACETATE (CAP) 667 MG
CALCIUM ACETATE (TAB) 667 MG

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
LANTHANUM CARBONATE (TAB CHEW) 1000 MG, 500 MG, 750 MG		PA
SEVELAMER CARBONATE (POWD PACK) 0.8 G, 2.4 G		PA
SEVELAMER CARBONATE (TAB) 800 MG		
TIER 3		
SEVELAMER (TAB) 400 MG, 800 MG		PA
<i>POTASSIUM REPLACEMENT</i>		
TIER 1		
POTASSIUM & MAGNESIUM ASPARTATE (CAP) 250-250 MG		
POTASSIUM CHLORIDE (CAP ER) 10 MEQ, 8 MEQ		
POTASSIUM CHLORIDE (TAB ER PRT) 10 MEQ, 20 MEQ		
POTASSIUM CHLORIDE (TAB ER) 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ		
POTASSIUM GLUCONATE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 3		
POTASSIUM CHLORIDE (LIQ) 20MEQ/15ML, 40MEQ/15ML		
POTASSIUM CHLORIDE (PACKET) 20 MEQ		
<i>SODIUM/SALINE PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
0.9 % SODIUM CHLORIDE (SOL) 0.009		
SODIUM CHLORIDE (TAB SOL) 1000 MG		QL: 3 IN 1 DAYS
ENDOCRINE DISORDERS		
<i>ADRENAL STEROID INHIBITORS</i>		
TIER 3		
LEVOKETOCONAZOLE [RECORLEV] (TAB) 150 MG		PA, MS
<i>ANTIDIURETIC AND VASOPRESSOR HORMONES</i>		
TIER 1		
DESMOPRESSIN ACETATE (SPRAY/PUMP) 150/SPRAY		PA
DESMOPRESSIN ACETATE (TAB) 0.1 MG, 0.2 MG		QL: 1 IN 1 DAYS, AL: <21 YEARS
<i>ANTINEOPLASTIC LHRH(GNRH) AGONIST,PITUITARY SUPPR.</i>		
TIER 1		
LEUPROLIDE ACETATE (KIT) 1 MG/0.2ML		PA, MS
LEUPROLIDE ACETATE (VIAL) 1 MG/0.2ML		PA, MS
LEUPROLIDE ACETATE (VIAL) 22.5 MG		MS
TIER 2		
GOSERELIN ACETATE [ZOLADEX] (IMPLANT) 10.8 MG, 3.6 MG		PA

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
LEUPROLIDE ACETATE [ELIGARD] (SYRINGE) 22.5 MG, 7.5 MG	PA, MS
LEUPROLIDE ACETATE [LUPRON DEPOT] (SYRINGEKIT) 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG	ST, MS
TRIPTORELIN PAMOATE [TRELSTAR] (VIAL) 11.25 MG, 3.75 MG	PA

ANTITHYROID PREPARATIONS

TIER 1

METHIMAZOLE (TAB) 10 MG, 5 MG	
PROPYLTHIOURACIL (TAB) 50 MG	

BONE FORMATION AGENTS - SCLEROSTIN INHIBITOR, MONO

TIER 3

ROMOSUZUMAB-AQQG [EVENITY (2 SYRINGES)] (SYRINGE) 210MG/2.34	PA, MS
ROMOSUZUMAB-AQQG [EVENITY] (SYRINGE) 105MG/1.17	PA, MS

BONE RESORPTION INHIBITORS

TIER 1

ALENDRONATE SODIUM (SOL) 70 MG/75ML	
ALENDRONATE SODIUM (TAB) 10 MG, 35 MG, 5 MG, 70 MG	
IBANDRONATE SODIUM (TAB) 150 MG	
RALOXIFENE (TAB) 60 MG	

GROWTH HORMONES

TIER 2

SOMATROPIN [GENOTROPIN] (CARTRIDGE) 12 MG/ML, 5 MG/ML	PA, MS
SOMATROPIN [GENOTROPIN] (SYRINGE) MULTIPLE STRENGTHS	PA, MS
SOMATROPIN [OMNITROPE] (VIAL) 5.8 MG	PA, MS

LHRH (GNRH) ANTAGONIST, ESTROGEN AND PROGESTIN COMB

TIER 3

ELAGOLIX/ESTRADIOL/NORETHINDRN [ORIAHNN] (CAP SEQ) 300-1-0.5	PA
RELUGOLIX/ESTRADIOL/NORETHINDR [MYFEMBREE] (TAB) 40-1-0.5MG	PA

LHRH(GNRH) AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS

TIER 3

LEUPROLIDE ACETATE [LUPRON DEPOT] (SYRINGEKIT) 11.25 MG	ST, MS
---	--------

LHRH(GNRH) ANTAGONIST, PITUITARY SUPPRESSANT AGENTS

TIER 3

ELAGOLIX SODIUM [ORILISSA] (TAB) 150 MG, 200 MG	PA
---	----

LHRH(GNRH)AGNST PIT.SUP-CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 2		
LEUPROLIDE ACETATE [LUPRON DEPOT-PED] (SYRINGEKIT) 11.25 MG		PA, MS
TIER 3		
LEUPROLIDE ACETATE [LUPRON DEPOT-PED] (KIT) 11.25 MG		ST, MS
LEUPROLIDE ACETATE [LUPRON DEPOT-PED] (KIT) 15 MG, 7.5 MG		MS
<i>MENOPAUSAL SYMPT SUPP-SEL ESTROGEN RECEPT MODULATOR</i>		
TIER 2		
OSPHEMIFENE [OSPHENA] (TAB) 60 MG		PA
<i>PITUITARY SUPPRESSIVE AGENTS</i>		
TIER 1		
CABERGOLINE (TAB) 0.5 MG		PA
<i>THYROID HORMONES</i>		
TIER 2		
LEVOTHYROXINE SODIUM (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
LEVOTHYROXINE SODIUM [SYNTHROID] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 3		
LIOTHYRONINE SODIUM (TAB) 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG		
EYE DISORDERS		
<i>ARTIFICIAL TEARS</i>		
TIER 1		
DEXTRAN 70/HYPROMELLOSE (DROPS) 0.1%-0.3%, GLYCERIN/PROPYLENE GLYCOL (DROPS) 0.3%-1% POLYVINYL ALCOHOL (DROPS) 0.014		
TIER 2		
DEXTRAN 70/HYPROMELLOSE (DROPERETTE)		
DEXTRAN 70/HYPROMELLOSE/PF (DROPERETTE) 0.1%-0.3%, 0.1%-0.3%		
DEXTRAN 70/HYPROMELLOSE/PF [BION TEARS] (DROPERETTE) 0.1%-0.3%		
DEXTRAN 70/HYPROMELLOSE/PF [GENTEAL TEARS] (DROPERETTE) 0.1%-0.3%		
<i>CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</i>		
TIER 1		
ACETAZOLAMIDE (CAP ER) 500 MG		
ACETAZOLAMIDE (TAB) 125 MG, 250 MG		
METHAZOLAMIDE (TAB) 25 MG, 50 MG		
<i>EYE ANTIBIOTIC-CORTICOID COMBINATIONS</i>		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
NEOMYCIN/BACIT/P-MYX/HYDROCORT (OINT.) 3.5-10K-1		
NEOMYCIN/POLYMYXIN B/DEXAMETHA (DROPS SUSP) 0.001		
NEOMYCIN/POLYMYXIN B/DEXAMETHA (OINT.) 3.5-10K-.1, 3.5-10K-.1		
TOBRAMYCIN/DEXAMETHASONE (DROPS SUSP) 0.3 %-0.1%		
TIER 2		
TOBRAMYCIN/DEXAMETHASONE [TOBRADEX] (OINT.) 0.3 %-0.1%		
EYE ANTIINFLAMMATORY AGENTS		
TIER 1		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE (DROPS) 0.001		
DICLOFENAC SODIUM (DROPS) 0.001		
FLUOROMETHOLONE (DROPS SUSP) 0.001		
KETOROLAC TROMETHAMINE (DROPS) 0.004, 0.005		
PREDNISOLONE ACETATE (DROPS SUSP) 0.01		
TIER 2		
FLUOROMETHOLONE [FML FORTE] (DROPS SUSP) 0.0025		
PREDNISOLONE ACETATE [PRED MILD] (DROPS SUSP) 0.0012		
TIER 3		
DEXAMETHASONE [MAXIDEX] (DROPS SUSP) 0.001		
EYE ANTIVIRALS		
TIER 1		
TRIFLURIDINE (DROPS) 0.01		
EYE PREPARATIONS, MISCELLANEOUS (OTC)		
TIER 1		
LANOLIN/MINERAL OIL/PETROLATUM (OINT.)		
MINERAL OIL/PETROLATUM,WHITE (OINT.) 15 %-83 %		
TIER 2		
MINERAL OIL/PETROLATUM,WHITE (OINT.) 42.5-57.3%		
MINERAL OIL/PETROLATUM,WHITE [REFRESH LACRI-LUBE] (OINT.) 42.5-56.8%		
EYE SULFONAMIDES		
TIER 1		
SULFACETAMIDE SODIUM (DROPS) 0.1		
SULFACETAMIDE SODIUM (OINT.) 0.1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
SULFACETAMIDE/PREDNISOLONE SP (DROPS) 10 %-0.23%		
<i>IODINE ANTISEPTICS</i>		
TIER 2		
POVIDONE-IODINE [BETADINE] (SOL) 0.05		
<i>MIOTICS/OTHER INTRAOC. PRESSURE REDUCERS</i>		
TIER 1		
APRACLONIDINE (DROPS) 0.005		
BIMATOPROST (DROPS) 0.0003		
BRIMONIDINE TARTRATE (DROPS) 0.0015, 0.002		
CARTEOLOL (DROPS) 0.01		
DORZOLAMIDE (DROPS) 0.02		
DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEAT (DROPS) 22.3-6.8/1		
LATANOPROST (DROPS) 0.00005		
LEVOBUNOLOL (DROPS) 0.005		
PILOCARPINE (DROPS) 0.01, 0.02, 0.04		
TIMOLOL MALEATE (DROPS) 0.0025, 0.005		
TIMOLOL MALEATE (SOL-GEL) 0.0025, 0.005		
TRAVOPROST (DROPS) 0.00004		
TIER 2		
TIMOLOL MALEATE/PF (DROPERETTE) 0.0025, 0.005		
TIER 3		
BETAXOLOL (DROPS) 0.005		
BETAXOLOL [BETOPTIC S] (DROPS SUSP) 0.0025		
BRINZOLAMIDE (DROPS SUSP) 0.01		
ECHOTHIOPHATE IODIDE [PHOSPHOLINE IODIDE] (DROPS) 0.00125		
APRACLONIDINE [IOPIDINE] (DROPERETTE) 0.01		
TIMOLOL [BETIMOL] (DROPS) 0.0025, 0.005		
<i>MYDRIATICS</i>		
TIER 1		
ATROPINE (DROPS) 0.01		
ATROPINE (OINT.) 0.01		
CYCLOPENTOLATE (DROPS) 0.01		
HOMATROPINE HBR (DROPS) 0.05		
TROPICAMIDE (DROPS) 0.005		
TIER 2		
CYCLOPENTOLATE/PHENYLEPHRINE [CYCLOMYDRIL] (DROPS) 0.2 %-1 %		
TIER 3		
TROPICAMIDE (DROPS) 0.01		
<i>OPHTHALMIC (EYE) ANTIPARASITICS</i>		
LOTILANER [XDEMVI] (DROPS) 0.0025		PA, QL: <= 10, MS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
------------------------------------	---------

OPHTHALMIC ANTIBIOTICS

TIER 1

BACITRACIN/POLYMYXIN B (OINT.) 500-10K/G
 CIPROFLOXACIN (DROPS) 0.003
 ERYTHROMYCIN BASE (OINT.) 5 MG/GRAM
 MOXIFLOXACIN (DROPS VISC) 0.005
 MOXIFLOXACIN (DROPS) 0.005
 NEOMYCIN/POLYMYXIN B/GRAMICIDIN (DROPS) 1.75MG-10K
 POLYMYXIN B SULF/TRIMETHOPRIM (DROPS) 10000-1/ML

TOBRAMYCIN (DROPS) 0.003

TIER 2

TOBRAMYCIN [TOBREX] (OINT.) 0.003

TIER 3

CIPROFLOXACIN [CILOXAN] (OINT.) 0.003
 GENTAMICIN (DROPS) 0.003

OPHTHALMIC MAST CELL STABILIZERS

TIER 1

CROMOLYN SODIUM (DROPS) 0.04

TIER 3

NEDOCROMIL SODIUM [ALOCRIL] (DROPS) 0.02

OPHTHALMIC PREPARATIONS, MISCELLANEOUS

TIER 1

SODIUM CHLORIDE (DROPS) 0.02, 0.05, 0.0065
 SODIUM CHLORIDE (OINT.) 0.05

GOUT AND RELATED DISEASES

COLCHICINE

TIER 1

COLCHICINE (TAB) 0.6 MG

HYPERURICEMIA TX - PURINE INHIBITORS

TIER 1

ALLOPURINOL (TAB) 100 MG, 300 MG

URICOSURIC AGENTS

TIER 1

PROBENECID (TAB) 500 MG
 PROBENECID/COLCHICINE (TAB) 500-0.5 MG

HEMATOLOGICAL DISORDERS

ANTICOAGULANTS, COUMARIN TYPE

WARFARIN SODIUM (TAB) MULTIPLE STRENGTHS

ANTIFIBRINOLYTIC AGENTS

TIER 1

TRANEXAMIC ACID (TAB) 650 MG

DIRECT FACTOR XA INHIBITORS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 2		
APIXABAN [ELIQUIS] (TAB) 2.5 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
APIXABAN [ELIQUIS] (TAB) 5 MG		QL: <= 74 IN 30 DAYS
RIVAROXABAN [XARELTO] (TAB DS PK) 15 MG-20MG		FL: 1 IN 180 DAYS
TIER 3		
RIVAROXABAN [XARELTO] (TAB) 10 MG, 15 MG, 20 MG		
HEMORRHEOLOGIC AGENTS		
TIER 1		
PENTOXIFYLLINE (TAB ER) 400 MG		QL: 3 IN 1 DAYS
HEPARIN AND RELATED PREPARATIONS		
TIER 1		
ENOXAPARIN SODIUM (SYRINGE) MULTIPLE STRENGTHS		
ENOXAPARIN SODIUM (VIAL) 300 MG/3ML		
HEPARIN SODIUM,PORCINE (VIAL) 10 UNIT/ML, 100/ML		
HEPARIN SODIUM,PORCINE/PF (SYRINGE) MULTIPLE STRENGTHS		
HEPARIN SODIUM,PORCINE/PF (VIAL) 100/ML (1)		
TIER 3		
FONDAPARINUX SODIUM (SYRINGE) MULTIPLE STRENGTHS		
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
TIER 1		
ASPIRIN (TAB CHEW) 81 MG		
ASPIRIN (TAB DR) 81 MG, 325 MG, 500 MG, 650 MG		
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE (CPMP 12HR) 25MG-200MG		
CILOSTAZOL (TAB) 100 MG, 50 MG		
CLOPIDOGREL BISULFATE (TAB) 75 MG		
PRASUGREL (TAB) 10 MG, 5 MG		
SICKLE CELL ANEMIA AGENTS		
TIER 2		
HYDROXYUREA [DROXIA] (CAP) 200 MG, 300 MG, 400 MG		
VITAMIN K PREPARATIONS		
TIER 1		
PHYTONADIONE (VIT K1) (AMPUL) 1 MG/0.5ML		AL: ≤1 YEARS
PHYTONADIONE (VIT K1) (TAB) 100 MCG, 5 MG		
PHYTONADIONE (VIT K1) (VIAL) 10 MG/ML		
HORMONAL DEFICIENCY		
ANDROGEN/ESTROGEN PREPS FOR FEMALE SEXUAL DYSFUNC		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 2		
PRASTERONE (DHEA) [INTRAROSA] (INSERT) 6.5 MG		PA
ANDROGENIC AGENTS		
TIER 1		
TESTOSTERONE CYPIONATE (VIAL) 100 MG/ML, 200 MG/ML		AL: ≤44 YEARS
TIER 3		
TESTOSTERONE (GEL (GRAM)) 50 MG (1%)		PA
TESTOSTERONE (GEL MD PMP) MULTIPLE STRENGTHS		PA
TESTOSTERONE (GEL PACKET) 25MG(1%), 50 MG (1%)		PA
TESTOSTERONE (SOL MD PMP) 30MG/1.5ML		PA
ESTROGEN & SELECTIVE ESTROGEN RECEPT MOD(SERM)COMB		
TIER 2		
ESTROGENS,CONJ/BAZEDOXIFENE [DUAVEE] (TAB) 0.45-20 MG		PA
ESTROGENIC AGENTS		
TIER 1		
ESTRADIOL (PATCH TDSW) MULTIPLE STRENGTHS		
ESTRADIOL (PATCH TDWK) MULTIPLE STRENGTHS		
ESTRADIOL (TAB) 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 10 MCG		
ESTRADIOL/NORETHINDRONE ACET (TAB) 0.5-0.1 MG, 1 MG-0.5MG		
NORETHINDRONE AC-ETH ESTRADIOL (TAB) 1MG-5MCG		QL: 1 IN 1 DAYS
TIER 2		
ESTRADIOL/NORETHINDRONE ACET [COMBIPATCH] (PATCH TDSW) .05-.14/24, .05-.25/24		
TIER 3		
ESTRADIOL VALERATE (VIAL) 10 MG/ML, 20 MG/ML		QL: 5 IN 30 DAYS
ESTROGEN,CON/M-PROGEST ACET [PREMPRO] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		PA
ESTROGENS, CONJUGATED [PREMARIN] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		PA
MENOPAUSAL SYMPTOMS SUPPRESSANT-NK3 RECEPTOR ANTA		
TIER 2		
FEZOLINETANT [VEOZAH] (TAB) 45 MG		PA
PROGESTATIONAL AGENTS		
TIER 1		
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (TAB) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
NORETHINDRONE ACETATE (TAB) 5 MG PROGESTERONE, MICRONIZED (CAP) 100 MG, 200 MG		
IMMUNIZATION		
<i>GRAM POSITIVE COCCI VACCINES</i>		
TIER 2		
PNEUMOCOCCAL 23-VAL P-SAC VAC [PNEUMOVAX 23] (SYRINGE) 25MCG/0.5		
PNEUMOCOCCAL 23-VAL P-SAC VAC [PNEUMOVAX 23] (VIAL) 25MCG/0.5		
<i>TOXIN-PRODUCING BACILLI VACCINES/TOXOIDS</i>		
TIER 2		
BCG VACCINE, LIVE/PF [BCG VACCINE (TICE STRAIN)] (VIAL) 50 MG		
<i>VACCINE/TOXOID PREPARATIONS, COMBINATIONS</i>		
TIER 2		
DIPH, PERTUSS (ACELL), TET PED/PF [DAPTACEL DTAP] (VIAL) 15-10-5/.5		
DIPHTH, PERTUSS (ACELL), TET VAC [BOOSTRIX TDAP] (SYRINGE) 2.5-8-5/.5, 2.5-8-5/.5		
DIPHTH, PERTUSS (ACELL), TET VAC [BOOSTRIX TDAP] (VIAL) 2.5-8-5/.5		
<i>VIRAL/TUMORIGENIC VACCINES</i>		
TIER 2		
VARICELLA-ZOSTER GE VAC, 2 OF 2 [SHINGRIX GE ANTIGEN COMPONENT] (VIAL) 50 MCG		AL: ≥19 YEARS ≥50 YEARS
VARICELLA-ZOSTER GE/AS01B/PF [SHINGRIX] (KIT) 50 MCG/0.5		AL: ≥19 YEARS ≥50 YEARS
IMMUNOSUPPRESSION/MODULATION		
<i>IMMUNOMODULATORS</i>		
TIER 1		
IMIQUIMOD (CREAM PACK) 0.05		PA
<i>IMMUNOSUPPRESSANT-INTERFERON GAMMA INHIBITOR, MAB</i>		
TIER 3		
ANIFROLUMAB-FNIA [SAPHNELO] (VIAL) 300 MG/2ML		PA, MS
<i>IMMUNOSUPPRESSIVES</i>		
TIER 1		
AZATHIOPRINE (TAB) 50 MG		
CYCLOSPORINE (CAP) 100 MG, 25 MG		
CYCLOSPORINE, MODIFIED (CAP) 100 MG, 25 MG, 50 MG		
MYCOPHENOLATE MOFETIL (CAP) 250 MG		
MYCOPHENOLATE MOFETIL (SUSP RECON) 200 MG/ML		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
MYCOPHENOLATE MOFETIL (TAB) 500 MG		
TACROLIMUS (CAP) 0.5 MG, 1 MG, 5 MG		
TIER 2		
CYCLOSPORINE [SANDIMMUNE] (SOL) 100 MG/ML		
CYCLOSPORINE, MODIFIED (SOL) 100 MG/ML		
CYCLOSPORINE, MODIFIED [NEORAL] (SOL) 100 MG/ML		
VOCLOSPORIN [LUPKYNIS] (CAP) 7.9 MG		PA, MS
INFECTIOUS DISEASE		
<i>2ND GEN. ANAEROBIC ANTIPROTOZOAL-ANTIBACTERIAL</i>		
TIER 1		
TINIDAZOLE (TAB) 250 MG, 500 MG		QL: <= 12 IN 45 DAYS
<i>ABSORBABLE SULFONAMIDES</i>		
TIER 1		
SULFAMETHOXAZOLE/TRIMETHOPRIM (ORAL SUSP) 200-40MG/5		
SULFAMETHOXAZOLE/TRIMETHOPRIM (TAB) 400MG-80MG, 800-160 MG		
<i>AMINOGLYCOSIDES</i>		
TIER 1		
NEOMYCIN (TAB) 500 MG		QL: 6 IN 1 DAYS, DL: 1 DAYS, FL: 1 IN 30 DAYS
TOBRAMYCIN IN 0.225% SOD CHLOR (AMPUL-NEB) 300 MG/5ML		PA, MS
TIER 2		
TOBRAMYCIN [TOBI PODHALER] (CAP W/DEV) 28 MG		PA, MS
<i>ANAEROBIC ANTIPROTOZOAL-ANTIBACTERIAL AGENTS</i>		
TIER 1		
METRONIDAZOLE (TAB) 250 MG, 500 MG		
<i>ANTHELMINTICS</i>		
TIER 1		
IVERMECTIN (TAB) 3 MG		
PRAZIQUANTEL (TAB) 600 MG		PA
PYRANTEL PAMOATE (ORAL SUSP) 50 MG/ML		
TIER 3		
ALBENDAZOLE (TAB) 200 MG		PA
<i>ANTIFUNGAL AGENTS</i>		
VORICONAZOLE (SUSP RECON) 200 MG/5ML		PA
VORICONAZOLE (TAB) 200 MG, 50 MG		PA
TIER 1		
CLOTRIMAZOLE (TROCHE) 10 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
FLUCONAZOLE (SUSP RECON) 10 MG/ML, 40 MG/ML		DL: 21 IN 180 DAYS
FLUCONAZOLE (TAB) 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		QL: <= 21 IN 180 DAYS
TERBINAFINE (TAB) 250 MG		
TIER 3		
ITRACONAZOLE (CAP) 100 MG		PA
ITRACONAZOLE (SOL) 10 MG/ML		PA
KETOCONAZOLE (TAB) 200 MG		ST
<i>ANTIFUNGAL ANTIBIOTICS</i>		
TIER 1		
NYSTATIN (ORAL SUSP) 100000/ML		
NYSTATIN (TAB) 500K UNIT		
TIER 2		
REZAFUNGIN ACETATE [REZZAYO] (VIAL) 200 MG		PA
TIER 3		
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE (TAB) 125 MG, 250 MG		PA
GRISEOFULVIN, MICROSIZE (ORAL SUSP) 125 MG/5ML		DL: 30 DAYS DS <= 84 IN 365 DAYS, AL: <=20 YEARS
GRISEOFULVIN, MICROSIZE (TAB) 500 MG		PA
IBREXAFUNGERP CITRATE [BREXAFEMME] (TAB) 150 MG		PA, QL: 4 IN 1 DAYS, FL: 1 IN 90 DAYS
<i>ANTILEPTOTICS</i>		
TIER 1		
DAPSONE (TAB) 100 MG, 25 MG		
<i>ANTIMALARIAL DRUGS</i>		
TIER 1		
HYDROXYCHLOROQUINE (TAB) 200 MG		
<i>ANTI-MYCOBACTERIUM AGENTS</i>		
TIER 1		
ETHAMBUTOL (TAB) 100 MG, 400 MG		
ISONIAZID (SOL) 50 MG/5 ML		
ISONIAZID (TAB) 100 MG, 300 MG		
<i>ANTIRETROVIRAL-INTEGRASE INHIBITOR AND NNRTI COMB.</i>		
TIER 2		
DOLUTEGRAVIR/RILPIVIRINE [JULUCA] (TAB) 50 MG-25MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
<i>ANTIRETROVIRAL-INTEGRASE INHIBITOR AND NRTI COMB.</i>		
TIER 2		
DOLUTEGRAVIR SODIUM/LAMIVUDINE [DOVATO] (TAB) 50MG-300MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
<i>ANTIRETROVIRAL-NUCLEOSIDE,NUCLEOTIDE,PROTEASE INH.</i>		
TIER 2		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
DARUNAVIR/COB/EMTRI/TENOF ALAF [SYMTUZA] (TAB) 800-150 MG		PA
<i>ANTITUBERCULAR ANTIBIOTICS</i>		
TIER 1		
RIFAMPIN (CAP) 150 MG, 300 MG		
<i>ANTIVIRAL - MAIN PROTEASE (MPRO) INHIBITOR</i>		
TIER 2		
NIRMATRELVIR/RITONAVIR [PAXLOVID] (TAB DS PK) 150-100 MG, 300-100 MG		DL: 5 DAYS, FL: 1 IN 90 DAYS
<i>ANTIVIRALS, GENERAL</i>		
VALACYCLOVIR (TAB) 1000 MG, 500 MG		
VALGANCICLOVIR (SOLN RECON) 50 MG/ML		QL: 500 IN 30 DAYS
VALGANCICLOVIR (TAB) 450 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
TIER 1		
ACYCLOVIR (CAP) 200 MG		
ACYCLOVIR (ORAL SUSP) 200 MG/5ML		QL: <= 30 IN 180 DAYS IF AGE <= 5 YEARS THEN <= 9999 IN 180 DAYS, DL: 30 IN 180 DAYS
ACYCLOVIR (TAB) 400 MG, 800 MG		
OSELTAMIVIR PHOSPHATE (CAP) 30 MG, 45 MG, 75 MG		
OSELTAMIVIR PHOSPHATE (SUSP RECON) 6 MG/ML		QL: 3 IN 180 DAYS
RIBAVIRIN (VIAL-NEB) 6 G		PA
TIER 2		
ZANAMIVIR [RELENZA] 5 MG		
TIER 3		
BALOXAVIR MARBOXIL [XOFLUZA] (TAB) 20 MG, 40 MG		PA
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPEC, NON-PEPTIDIC PROTEASE INHIB</i>		
TIER 2		
DARUNAVIR (TAB) 600 MG, 800 MG		
DARUNAVIR [PREZISTA] (ORAL SUSP) 100 MG/ML		AL: <12 YEARS
DARUNAVIR [PREZISTA] (TAB) 150 MG, 75 MG		
DARUNAVIR/COBICISTAT [PREZCOBIX] (TAB) 800-150 MG		
TIPRANAVIR [APTIVUS] (CAP) 250 MG		PA
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPEC, NUCLEOSIDE-NUCLEOTIDE ANALOG</i>		
TIER 1		
EMTRICITABINE/TENOFOVIR (TDF) (TAB) 200-300 MG		
TIER 2		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
EMTRICITABINE/TENOFOV ALAFENAM [DESCOVY] (TAB) 200MG-25MG		
EMTRICITABINE/TENOFOVIR (TDF) (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
LAMIVUDINE/TENOFOVIR DISOP FUM [CIMDUO] (TAB) 300-300 MG		PA
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPEC., NUCLEOSIDE ANALOG, RTI COMB</i>		
TIER 1		
ABACAVIR/LAMIVUDINE (TAB) 600-300 MG		PA
LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE (TAB) 150-300 MG		
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, CCR5 CO-RECEPTOR ANTAG.</i>		
TIER 2		
MARAVIROC (TAB) 150 MG, 300 MG		PA
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, CD4 ATTACHMENT INHIBITOR</i>		
TIER 2		
FOSTEMSAVIR TROMETHAMINE [RUKOBIA] (TAB ER 12H) 600 MG		PA
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, FUSION INHIBITORS</i>		
TIER 2		
ENFUVRTIDE [FUZEON] (VIAL) 90 MG		
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, NON-NUCLEOSIDE, RTI</i>		
TIER 1		
EFAVIRENZ (TAB) 600 MG		
NEVIRAPINE (ORAL SUSP) 50 MG/5 ML		PA
NEVIRAPINE (TAB ER 24H) 100 MG, 400 MG		PA
NEVIRAPINE (TAB) 200 MG		PA
TIER 2		
DORAVIRINE [PIFELTRO] (TAB) 100 MG		PA
ETRAVIRINE (TAB) 100 MG, 200 MG		
ETRAVIRINE [INTELENCE] (TAB) 25 MG		
RILPIVIRINE [EDURANT] (TAB) 25 MG		
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, NUCLEOSIDE ANALOG, RTI</i>		
ZIDOVUDINE (CAP) 100 MG		
ZIDOVUDINE (SYRUP) 10 MG/ML		AL: <12 YEARS
ZIDOVUDINE (TAB) 300 MG		
TIER 1		
ABACAVIR (SOL) 20 MG/ML		PA
ABACAVIR (TAB) 300 MG		PA
DIDANOSINE (CAP DR) 250 MG, 400 MG		PA
EMTRICITABINE (CAP) 200 MG		
LAMIVUDINE (SOL) 10 MG/ML		AL: <12 YEARS
LAMIVUDINE (TAB) 150 MG, 300 MG, 100 MG		
STAVUDINE (CAP) 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		PA
TIER 2		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
EMTRICITABINE [EMTRIVA] (SOL) 10 MG/ML		AL: <12 YEARS
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, NUCLEOTIDE ANALOG, RTI</i>		
TIER 1		
TENOFIVIR DISOPROXIL FUMARATE (TAB) 300 MG		
TIER 2		
TENOFIVIR DISOPROXIL FUMARATE [VIREAD] (POWDER) 40MG/SCOOP		AL: <12 YEARS
TENOFIVIR DISOPROXIL FUMARATE [VIREAD] (TAB) 150 MG, 200 MG, 250 MG		
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, PROTEASE INHIBITOR COMB</i>		
TIER 1		
LOPINAVER/RITONAVER (SOL) 400-100/5		AL: <12 YEARS
TIER 2		
LOPINAVER/RITONAVER (TAB) 100MG-25MG, 200MG-50MG		
<i>ANTIVIRALS, HIV-SPECIFIC, PROTEASE INHIBITORS</i>		
TIER 1		
ATAZANAVER (CAP) 150 MG, 200 MG, 300 MG		
FOSAMPRENAVER CALCIUM (TAB) 700 MG		
RITONAVER (TAB) 100 MG		
TIER 2		
ATAZANAVER [REYATAZ] (POWD PACK) 50 MG		AL: <12 YEARS
ATAZANAVER/COBICISTAT [EVOTAZ] (TAB) 300-150 MG		
NELFINAVER MESYLATE [VIRACEPT] (TAB) 250 MG, 625 MG		PA
<i>ANTIVIRALS, HIV-1 INTEGRASE STRAND TRANSFER INHIBTR</i>		
TIER 2		
CABOTEGRAVER SODIUM [VOCABRIA] (TAB) 30 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
DOLUTEGRAVER SODIUM [TIVICAY] (TAB) 50 MG		
RALTEGRAVER POTASSIUM [ISENTRESS HD] (TAB) 600 MG		PA
RALTEGRAVER POTASSIUM [ISENTRESS] (POWD PACK) 100 MG		AL: <12 YEARS
RALTEGRAVER POTASSIUM [ISENTRESS] (TAB CHEW) 100 MG, 25 MG		AL: <12 YEARS
RALTEGRAVER POTASSIUM [ISENTRESS] (TAB) 400 MG		
<i>ARTV CMB NUCLEOSIDE, NUCLEOTIDE, & NON-NUCLEOSIDE RTI</i>		
TIER 1		
EFAVIRENZ/EMTRICIT/TENOFOVR DF (TAB) 600-200MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
EFAVIRENZ/LAMIVU/TENOFOV DISOP (TAB) 400-300 MG, 600-300 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
TIER 2		
DORAVIRINE/LAMIVU/TENOFOV DISO [DELSTRIGO] (TAB) 100-300 MG		PA
EMTRICITA/RILPIVIRINE/TENOF DF [COMPLERA] (TAB) 200-25-300		PA
EMTRICITAB/RILPIVIRI/TENOF ALA [ODEFSEY] (TAB) 200-25-25		PA
<i>ARV CMB-NRTI,N(T)RTI, INTEGRASE INHIBITOR</i>		
TIER 2		
BICTEGRAV/EMTRICIT/TENOFOV ALA [BIKTARVY] (TAB) 50-200-25		PA
ELVITEG/COB/EMTRI/TENOF ALAFEN [GENVOYA] (TAB) 150-200-10		PA
ELVITEG/COB/EMTRI/TENOFO DISOP [STRIBILD] (TAB) 150-200 MG		PA
<i>ARV COMB-NRTIS & INTEGRASE INHIBITOR</i>		
TIER 2		
ABACAVIR/DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDI [TRIUMEQ] (TAB) 600-50-300		PA
<i>BETALACTAMS</i>		
TIER 3		
AZTREONAM LYSINE [CAYSTON] (VIAL-NEB) 75 MG/ML		PA, MS
<i>CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION</i>		
TIER 1		
CEFADROXIL (CAP) 500 MG		
CEFADROXIL (SUSP RECON) 250 MG/5ML, 500 MG/5ML		
CEFADROXIL (TAB) 1 G		
CEPHALEXIN (CAP) 250 MG, 500 MG		
CEPHALEXIN (SUSP RECON) 125 MG/5ML, 250 MG/5ML		
CEPHALEXIN (TAB) 250 MG, 500 MG		
<i>CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION</i>		
TIER 1		
CEFACLOR (CAP) 250 MG, 500 MG		
CEFACLOR (SUSP RECON) MULTIPLE STRENGTHS		
CEFACLOR (TAB ER 12H) 500 MG		
CEFPROZIL (SUSP RECON) 125 MG/5ML, 250 MG/5ML		
CEFPROZIL (TAB) 250 MG, 500 MG		
CEFUROXIME AXETIL (TAB) 250 MG, 500 MG		
<i>CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION</i>		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
CEFDINIR (CAP) 300 MG		
CEFDINIR (SUSP RECON) 125 MG/5ML, 250 MG/5ML		
CEFIXIME (SUSP RECON) 100 MG/5ML		
CEFPODOXIME PROXETIL (SUSP RECON) 100 MG/5ML, 50 MG/5 ML		
CEFPODOXIME PROXETIL (TAB) 100 MG, 200 MG		
<i>CHEMOTHERAPEUTICS, ANTIBACTERIAL, MISC.</i>		
TIER 1		
TRIMETHOPRIM (TAB) 100 MG		
TIER 2		
TRIMETHOPRIM [PRIMSOL] (SOL) 50 MG/5 ML		
<i>FECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION (FMT)</i>		
TIER 3		
FECAL MICROBIO SPORE,LIVE-BRPK [VOWST] (CAP)		PA, QL: <= 12, MS
<i>HEP C - NS5A, NS3/4A, NUCLEOTIDE NS5B INHIB COMBO</i>		
TIER 3		
SOFOSBUVIR/VELPATAS/VOXILAPREV [VOSEVI] (TAB) 400-100 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 84 LIFETIME, DL: 28 DAYS, MS
<i>HEP C VIRUS - NS5A & NS5B POLYMERASE INHIB. COMBO.</i>		
TIER 1		
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR (TAB) 400-100 MG		QL: 1 IN 1 DAYS 84 LIFETIME, DL: 28 DAYS, MS
<i>HEPATITIS B TREATMENT AGENTS</i>		
TIER 1		
ADEFOVIR DIPIVOXIL (TAB) 10 MG		MS
ENTECAVIR (TAB) 0.5 MG, 1 MG		MS
TIER 2		
ENTECAVIR [BARACLUDGE] (SOL) 0.05 MG/ML		MS
<i>HEPATITIS C TREATMENT AGENTS</i>		
TIER 1		
RIBAVIRIN (CAP) 200 MG		PA
RIBAVIRIN (TAB) 200 MG		PA
TIER 2		
PEGINTERFERON ALFA-2A [PEGASYS] (SYRINGE) 180MCG/0.5		PA, MS
PEGINTERFERON ALFA-2A [PEGASYS] (VIAL) 180MCG/ML		PA, MS
<i>HEPATITIS C VIRUS- NS5A AND NS3/4A INHIBITOR COMB</i>		
TIER 2		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR [MAVYRET] (TAB) 100MG-40MG		QL: 168 LIFETIME 3 IN 1 DAYS, DL: 28 DAYS, MS
TIER 3		
ELBASVIR/GRAZOPREVIR [ZEPATIER] (TAB) 50MG-100MG		PA, MS
<i>LINCOSAMIDES</i>		
TIER 1		
CLINDAMYCIN (CAP) 150 MG, 300 MG, 75 MG		
CLINDAMYCIN PALMITATE (SOLN RECON) 75 MG/5 ML		
<i>MACROLIDES</i>		
TIER 1		
AZITHROMYCIN (PACKET) 1 G		
AZITHROMYCIN (SUSP RECON) 100 MG/5ML, 200 MG/5ML		
AZITHROMYCIN (TAB) 250 MG, 500 MG, 600 MG		
AZITHROMYCIN (VIAL PORT) 500 MG		
AZITHROMYCIN (VIAL) 500 MG		
CLARITHROMYCIN (SUSP RECON) 125 MG/5ML, 250 MG/5ML		PA
CLARITHROMYCIN (TAB ER 24H) 500 MG		DL: 14 IN 180 DAYS
CLARITHROMYCIN (TAB) 250 MG		PA
CLARITHROMYCIN (TAB) 500 MG		DL: 14 IN 180 DAYS
TIER 3		
ERYTHROMYCIN BASE (CAP DR) 250 MG		
ERYTHROMYCIN BASE (TAB DR) 250 MG, 333 MG, 500 MG		
ERYTHROMYCIN BASE (TAB) 250 MG, 500 MG		
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE (SUSP RECON) 200 MG/5ML, 400 MG/5ML		FL: 1 IN 30 DAYS
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE (TAB) 400 MG		
ERYTHROMYCIN STEARATE (TAB) 250 MG		
<i>NITROFURAN DERIVATIVES</i>		
TIER 1		
NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL (CAP) 100 MG, 25 MG, 50 MG		
NITROFURANTOIN MONOHD/M-CRYST (CAP) 100 MG		
TIER 3		
NITROFURANTOIN (ORAL SUSP) 25 MG/5 ML		
<i>OXAZOLIDINONES</i>		
TIER 3		
LINEZOLID (TAB) 600 MG		PA
<i>PENICILLINS</i>		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
AMOXICILLIN (CAP) 250 MG, 500 MG		
AMOXICILLIN (SUSP RECON) MULTIPLE STRENGTHS		
AMOXICILLIN (TAB CHEW) 125 MG, 250 MG		
AMOXICILLIN (TAB) 500 MG, 875 MG		
AMOXICILLIN/POTASSIUM CLAV (SUSP RECON) MULTIPLE STRENGTHS		
AMOXICILLIN/POTASSIUM CLAV (TAB CHEW) 200-28.5MG, 400-57MG		
AMOXICILLIN/POTASSIUM CLAV (TAB ER 12H) 1000-62.5		
AMOXICILLIN/POTASSIUM CLAV (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
AMPICILLIN TRIHYDRATE (CAP) 500 MG		
DICLOXACILLIN SODIUM (CAP) 250 MG, 500 MG		
PENICILLIN V POTASSIUM (SOLN RECON) 125 MG/5ML, 250 MG/5ML		
PENICILLIN V POTASSIUM (TAB) 250 MG, 500 MG		
TIER 2		
AMOXICILLIN/POTASSIUM CLAV [AUGMENTIN] (SUSP RECON) 125-31.25/		
PENICILLIN G BENZATHINE [BICILLIN L-A] (SYRINGE) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 4 IN 28 DAYS
QUINOLONES		
TIER 1		
CIPROFLOXACIN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
LEVOFLOXACIN (TAB) 250 MG, 500 MG, 750 MG		
LEVOFLOXACIN (VIAL) 25 MG/ML		
MOXIFLOXACIN (TAB) 400 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
TIER 3		
CIPROFLOXACIN (SUS MC REC) 250 MG/5ML, 500 MG/5ML		
CIPROFLOXACIN [CIPRO] (SUS MC REC) 250 MG/5ML, 500 MG/5ML		
OFLOXACIN (TAB) 400 MG		
OFLOXACIN (TAB) 300 MG		
RIFAMYCINS AND RELATED DERIVATIVE ANTIBIOTICS		
TIER 2		
RIFAXIMIN [XIFAXAN] (TAB) 200 MG, 550 MG		PA
TETRACYCLINES		
TIER 1		
DOXYCYCLINE HYCLATE (CAP) 100 MG, 50 MG		QL: 60 IN 30 DAYS
DOXYCYCLINE HYCLATE (TAB) 100 MG, 20 MG		
DOXYCYCLINE HYCLATE (VIAL) 100 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE (CAP) 100 MG, 50 MG	QL: 60 IN 30 DAYS
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE (SUSP RECON) 25 MG/5 ML	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE (TAB) 100 MG, 50 MG	

TIER 3

TETRACYCLINE (CAP) 250 MG, 500 MG	QL: 4 IN 1 DAYS
TETRACYCLINE (TAB) 250 MG, 500 MG	

VANCOMYCIN AND DERIVATIVES

VANCOMYCIN (CAP) 125 MG	QL: 4 IN 1 DAYS <= 40 IN 30 DAYS
VANCOMYCIN (CAP) 250 MG	PA
VANCOMYCIN (SOLN RECON) 25 MG/ML, 50 MG/ML	PA

INFLAMMATORY DISEASE

ANTI-INFLAMMATORY TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITOR

TIER 1

ADALIMUMAB-FKJP (PEN IJ KIT) 40MG/0.8ML	PA, MS
ADALIMUMAB-FKJP (SYRINGEKIT) 20MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	PA, MS

TIER 2

ADALIMUMAB-ADB (PEN IJ KIT) 40MG/0.8ML	PA, MS
ADALIMUMAB-ADB (SYRINGEKIT) MULTIPLE STRENGTHS	PA, MS
ADALIMUMAB-ADB [CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS] (PEN IJ KIT) 40MG/0.8ML	PA, MS
ADALIMUMAB-ADB [CYLTEZO(CF)] (SYRINGEKIT) MULTIPLE STRENGTHS	PA, MS
ADALIMUMAB-ATTO [AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR] (AUTO INJCT) 40MG/0.8ML	PA, MS

TIER 3

ADALIMUMAB [HUMIRA PEN] (PEN IJ KIT) 40MG/0.8ML	PA, MS
ADALIMUMAB [HUMIRA] (SYRINGEKIT) 40MG/0.8ML	PA, MS
ETANERCEPT [ENBREL SURECLICK] (PEN INJCTR) 50MG/ML(1)	PA, MS
ETANERCEPT [ENBREL] (SYRINGE) 25MG/0.5ML, 50MG/ML(1)	PA, MS
INFLIXIMAB (VIAL) 100 MG	PA, MS
INFLIXIMAB-DYYB [INFLECTRA] (VIAL) 100 MG	PA, MS

ANTI-INFLAMMATORY, PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITOR

TIER 1

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
LEFLUNOMIDE (TAB) 10 MG, 20 MG		
<i>ANTI-INFLAMMATORY,PHOSPHODIESTERASE-4(PDE4) INHIB.</i>		
TIER 3		
APREMILAST [OTEZLA] (TAB DS PK) 10-20-30MG, 10-20-30MG		PA, MS
APREMILAST [OTEZLA] (TAB) 30 MG		PA, MS
<i>GLUCOCORTICOIDS</i>		
TIER 1		
BUDESONIDE (CAPDR - ER) 3 MG		PA
DEXAMETHASONE (ELIXIR) 0.5 MG/5ML		
DEXAMETHASONE (SOL) 0.5 MG/5ML		
DEXAMETHASONE (TAB DS PK) 1.5MG (51)		
DEXAMETHASONE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
HYDROCORTISONE (TAB) 10 MG, 20 MG, 5 MG		
METHYLPREDNISOLONE (TAB DS PK) 4 MG, 4 MG		
METHYLPREDNISOLONE (TAB) 16 MG, 32 MG, 4 MG, 8 MG		
PREDNISOLONE (SOL) 15 MG/5 ML		
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE (SOL) 15 MG/5 ML, 5 MG/5 ML		
PREDNISONE (SOL) 5 MG/5 ML		
PREDNISONE (TAB DS PK) 10 MG, 5 MG		
PREDNISONE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 2		
DEXAMETHASONE [DEXAMETHASONE INTENSOL] (DROPS) 1 MG/ML		
HYDROCORTISONE SOD SUCCINATE [SOLU-CORTEF] (VIAL) 100 MG		
HYDROCORTISONE SODIUM SUCC/PF [SOLU-CORTEF] (VIAL) MULTIPLE STRENGTHS		
METHYLPREDNISOLONE [MEDROL] (TAB) 2 MG		
METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC/PF [SOLU-MEDROL] (VIAL) 125 MG/2ML		
PREDNISOLONE (TAB) 5 MG		
PREDNISONE [PREDNISONE INTENSOL] (ORAL CONC) 5 MG/ML		
TIER 3		
METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC/PF [SOLU-MEDROL] (VIAL) 40 MG/ML		
<i>IMMUNOMODULATOR,B-L YMPHOCYTE STIM(BLYS)-SPEC INHIB</i>		
TIER 3		
BELIMUMAB [BENLYSTA] (AUTO INJCT) 200 MG/ML		PA, MS
BELIMUMAB [BENLYSTA] (SYRINGE) 200 MG/ML		PA, MS
<i>INTERLEUKIN-6 (IL-6) RECEPTOR INHIBITORS</i>		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 3		
TOCILIZUMAB [ACTEMRA] (SYRINGE) 162 MG/0.9		PA, MS
<i>JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS</i>		
TIER 3		
ABROCITINIB [CIBINQO] (TAB) 100 MG, 200 MG, 50 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, MS
BARICITINIB [OLUMIANT] (TAB) 1 MG, 2 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS, MS
TOFACITINIB CITRATE [XELJANZ XR] (TAB ER 24H) 11 MG		PA, MS
TOFACITINIB CITRATE [XELJANZ] (TAB) 5 MG		PA, MS
<i>MINERALOCORTICIDS</i>		
TIER 1		
FLUDROCORTISONE ACETATE (TAB) 0.1 MG		
<i>NSAIDS, CYCLOOXYGENASE 2 INHIBITOR - TYPE</i>		
TIER 1		
CELECOXIB (CAP) 100 MG, 200 MG		QL: 60 IN 30 DAYS
<i>NSAIDS, CYCLOOXYGENASE INHIBITOR-TYPE</i>		
TIER 1		
DICLOFENAC SODIUM (TAB DR) 25 MG, 50 MG, 75 MG		
DICLOFENAC SODIUM (TAB ER 24H) 100 MG		
IBUPROFEN (CAP) 200 MG		
IBUPROFEN (DROPS SUSP) 50 MG/1.25		
IBUPROFEN (ORAL SUSP) 100 MG/5ML		
IBUPROFEN (TAB CHEW) 100 MG		
IBUPROFEN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
MELOXICAM (TAB) 15 MG, 7.5 MG		
NABUMETONE (TAB) 500 MG, 750 MG		
NAPROXEN (ORAL SUSP) 125 MG/5ML		
NAPROXEN (TAB) 250 MG, 500 MG		
NAPROXEN SODIUM (TAB) 220 MG		
PIROXICAM (CAP) 10 MG, 20 MG		
SULINDAC (TAB) 150 MG, 200 MG		
TIER 2		
INDOMETHACIN (SUPP.RECT) 50 MG		
INDOMETHACIN [INDOCIN] (SUPP.RECT) 50 MG		
TIER 3		
ETODOLAC (CAP) 200 MG, 300 MG		
ETODOLAC (TAB ER 24H) 400 MG, 500 MG, 600 MG		PA
ETODOLAC (TAB) 400 MG, 500 MG		PA
FLURBIPROFEN (TAB) 100 MG		
INDOMETHACIN (CAP ER) 75 MG		
INDOMETHACIN (CAP) 25 MG, 50 MG		
INDOMETHACIN (ORAL SUSP) 25 MG/5 ML		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
INDOMETHACIN [INDOCIN] (ORAL SUSP) 25 MG/5 ML		
NAPROXEN (TAB) 375 MG		
NAPROXEN SODIUM (TAB) 275 MG, 550 MG		
NAPROXEN SODIUM (TBMP 24HR) 375 MG, 500 MG		
LOCAL ANESTHESIA		
<i>LOCAL ANESTHETICS</i>		
TIER 1		
LIDOCAINE (SOL) 0.02, 40 MG/ML		DL: 10 IN 365 DAYS
LOWER GASTROINTESTINAL DISORDERS		
<i>AMMONIA INHIBITORS</i>		
TIER 1		
LACTULOSE (SOL) 10 G/15 ML, 10 G/15 ML		DL: 90 IN 360 DAYS
<i>ANTIDIARRHEALS</i>		
TIER 1		
BISMUTH SUBSALICYLATE (ORAL SUSP) 262MG/15ML, 525MG/15ML		
BISMUTH SUBSALICYLATE (TAB CHEW) 262 MG		
BISMUTH SUBSALICYLATE (TAB) 262 MG		
DIPHENOXYLATE HCL/ATROPINE (LIQ) 2.5-.025/5		
DIPHENOXYLATE HCL/ATROPINE (TAB) 2.5-.025MG		
LOPERAMIDE (CAP) 2 MG		QL: 8 IN 1 DAYS
LOPERAMIDE (TAB) 2 MG		QL: 8 IN 1 DAYS
<i>BILE SALTS</i>		
URSODIOL (CAP) 300 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
URSODIOL (TAB) 250 MG		
URSODIOL (TAB) 500 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
<i>CHRONIC INFLAM. COLON DX, 5-A-SALICYLAT,RECTAL TX</i>		
TIER 1		
MESALAMINE (ENEMA) 4 G/60 ML		QL: <= 1800 IN 30 DAYS
TIER 3		
MESALAMINE (SUPP.RECT) 1000 MG		PA
<i>DRUG TX-CHRONIC INFLAM. COLON DX,5-AMINOSALICYLAT</i>		
TIER 1		
BALSALAZIDE DISODIUM (CAP) 750 MG		
SULFASALAZINE (TAB DR) 500 MG		
SULFASALAZINE (TAB) 500 MG		
TIER 3		
MESALAMINE (CAP ER 24H) 0.375G		PA
MESALAMINE (TAB DR) 1.2 G, 800 MG		PA
<i>LAXATIVES AND CATHARTICS</i>		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
BISACODYL (TAB DR) 5 MG	
BISACODYL (TAB) 5 MG	
DOCUSATE SODIUM (CAP) 100 MG, 250 MG, 50 MG	
DOCUSATE SODIUM (LIQ) 50 MG/5 ML	
DOCUSATE SODIUM (SYRUP) 50 MG/15ML, 60 MG/15ML	
DOCUSATE SODIUM (TAB) 100 MG	
MAGNESIUM HYDROXIDE (ORAL SUSP) 400 MG/5ML	
PEG3350/SOD SUL/NACL/KCL/ASB/C (POWD PACK) 7.5-2.691G	
PEG3350/SOD SULF,BICARB,CL/KCL (SOLN RECON) 236-22.74G, 240-22.72G	
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (POWD PACK) 17 G	
PSYLLIUM HUSK (CAP) 0.52G	
SENNOSIDES (SYRUP) 8.8MG/5ML	QL: <= 240 IN 30 DAYS
SENNOSIDES (TAB CHEW) 15 MG	QL: 2 IN 1 DAYS
SENNOSIDES (TAB) 8.6 MG	
SENNOSIDES/DOCUSATE SODIUM (TAB) 8.6MG-50MG	QL: 2 IN 1 DAYS
SODIUM CHLORIDE/NAHCO3/KCL/PEG (SOLN RECON) 420G	

TIER 2

POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (POWDER) 17 G/DOSE	
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 [MIRALAX] (POWDER) 17 G/DOSE	
SODIUM, POTASSIUM,MAGS (SOLN RECON) 17.5-3.13G	

LAXATIVES, LOCAL/RECTAL

TIER 1

BISACODYL (SUPP.RECT) 10 MG	QL: 1 IN 1 DAYS
DOCUSATE SODIUM (ENEMA) 283 MG/5ML	
GLYCERIN (SUPP.RECT) ADULT, PEDIATRIC	

TIER 2

BISACODYL (ENEMA) 10MG/30ML	
GLYCERIN [PEDIA-LAX] (SOL/PF APP) 2.8G/2.7ML	

RECTAL/LOWER BOWEL PREP.,GLUCOCORT. (NON-HEMORR)

TIER 1

HYDROCORTISONE (ENEMA) 100MG/60ML	
-----------------------------------	--

TIER 2

HYDROCORTISONE ACETATE [CORTIFOAM] (FOAM/APPL) 0.1	
--	--

MISCELLANEOUS AGENTS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
<i>ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS</i>		
TIER 1		
EPINEPHRINE (AUTO INJCT) 0.15/0.15		QL: 4 IN 365 DAYS
EPINEPHRINE (AUTO INJCT) 0.15MG/0.3, 0.3MG/0.3		QL: <= 4 IN 365 DAYS
<i>GENETIC D/O TX-EXON INCLUSION ANTISENSE OLIGONUCLE</i>		
TIER 2		
RISDIPLAM [EVRYSOI] (SOLN RECON) 0.75 MG/ML		PA, MS
<i>PARASYMPATHETIC AGENTS</i>		
TIER 1		
BETHANECHOL CHLORIDE (TAB) 10 MG, 25 MG, 5 MG, 50 MG		
TIER 3		
CEVIMELINE (CAP) 30 MG		
PILOCARPINE (TAB) 5 MG		
<i>NEOPLASTIC DISEASE</i>		
<i>ALKYLATING AGENTS</i>		
TIER 1		
CARBOPLATIN (VIAL) 150 MG		PA, MS
CARMUSTINE (VIAL) 100 MG		PA, MS
CISPLATIN (VIAL) 1 MG/ML, 50 MG		PA, MS
CYCLOPHOSPHAMIDE (TAB) 25 MG, 50 MG		PA, MS
CYCLOPHOSPHAMIDE (VIAL) 1 G, 2 G, 500 MG		PA, MS
HYDROXYUREA (CAP) 500 MG		
IFOSFAMIDE (VIAL) 1 G, 3 G		PA, MS
MELPHALAN (TAB) 2 MG		PA
MELPHALAN (VIAL) 50 MG		PA, MS
OXALIPLATIN (VIAL) 100 MG, 50 MG		PA, MS
TEMOZOLOMIDE (CAP) 100 MG, 20 MG, 250 MG, 5 MG		PA
THIOTEPA (VIAL) 15 MG		PA
TIER 2		
LOMUSTINE [GLEOSTINE] (CAP) 10 MG, 100 MG, 40 MG		PA, MS
BUSULFAN [MYLERAN] (TAB) 2 MG		PA, MS
CHLORAMBUCIL [LEUKERAN] (TAB) 2 MG		PA, MS
<i>ANTIANDROGENIC AGENTS</i>		
TIER 1		
BICALUTAMIDE (TAB) 50 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
NILUTAMIDE (TAB) 150 MG		PA, MS
TIER 2		
APALUTAMIDE [ERLEADA] (TAB) 60 MG		PA, MS
<i>ANTIBIOTIC ANTINEOPLASTICS</i>		
TIER 1		
BLEOMYCIN (VIAL) 15 UNIT, 30 UNIT		PA, MS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
DACTINOMYCIN (VIAL) 0.5 MG	PA, MS
DAUNORUBICIN (VIAL) 5 MG/ML	PA, MS
DOXORUBICIN (VIAL) MULTIPLE STRENGTHS	PA
DOXORUBICIN PEG-LIPOSOMAL (VIAL) 2 MG/ML	PA, MS
EPIRUBICIN (VIAL) 50 MG/25ML	PA, MS
IDARUBICIN (VIAL) 1 MG/ML	PA, MS
MITOMYCIN (VIAL) 20 MG, 40 MG, 5 MG	PA, MS
TIER 2	
STREPTOZOCIN [ZANOSAR] (VIAL) 1 G	PA
<i>ANTI-CD20 (B LYMPHOCYTE) MONOCLONAL ANTIBODY</i>	
TIER 2	
RITUXIMAB [RITUXAN] (VIAL) 10 MG/ML	PA, MS
<i>ANTIMETABOLITES</i>	
TIER 1	
CAPECITABINE (TAB) 150 MG, 500 MG	PA, MS
CLADRIBINE (VIAL) 10 MG/10ML	PA, MS
CYTARABINE/PF (VIAL) MULTIPLE STRENGTHS	PA, MS
FLUDARABINE PHOSPHATE (VIAL) 50 MG	PA, MS
GEMCITABINE (VIAL) 1 G, 200 MG	PA, MS
MERCAPTOPYRINE (TAB) 50 MG	
METHOTREXATE SODIUM (TAB) 2.5 MG	
METHOTREXATE SODIUM (VIAL) 25 MG/ML	
METHOTREXATE SODIUM/PF (VIAL) 1 G, 25 MG/ML, 25 MG/ML	
TIER 2	
METHOTREXATE SODIUM [TREXALL] (TAB) 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	
PENTOSTATIN [NIPENT] (VIAL) 10 MG	PA, MS
FLOXURIDINE (VIAL) 500 MG	PA, MS
THIOGUANINE [TABLOID] (TAB) 40 MG	PA
<i>ANTINEOPLASTIC AROMATASE INHIBITORS</i>	
TIER 1	
ANASTROZOLE (TAB) 1 MG	
EXEMESTANE (TAB) 25 MG	
LETROZOLE (TAB) 2.5 MG	
<i>ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS</i>	
TIER 2	
DABRAFENIB MESYLATE [TAFINLAR] (CAP) 50 MG	PA
<i>ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITOR</i>	
TIER 2	
SONIDEGIB PHOSPHATE [ODOMZO] (CAP) 200 MG	PA, MS
<i>ANTINEOPLASTIC - TOPOISOMERASE I INHIBITORS</i>	
TIER 1	
TOPOTECAN (VIAL) 4 MG	
<i>ANTINEOPLASTIC SYSTEMIC ENZYME INHIBITORS</i>	

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 2		
CABOZANTINIB S-MALATE [COMETRIQ] (CAP) 140 MG/DAY		PA, MS
CRIZOTINIB [XALKORI] (CAP) 200 MG, 250 MG		PA
IBRUTINIB [IMBRUVICA] (CAP) 140 MG		PA, MS
IDELALISIB [ZYDELIG] (TAB) 100 MG, 150 MG		PA
PALBOCICLIB [IBRANCE] (CAP) 100 MG, 125 MG, 75 MG		PA, MS
<i>ANTINEOPLASTICS, MISCELLANEOUS</i>		
TIER 1		
DACARBAZINE (VIAL) 100 MG, 200 MG		PA
ETOPOSIDE (CAP) 50 MG		PA
ETOPOSIDE (VIAL) 20 MG/ML		PA
MITOXANTRONE (VIAL) 2 MG/ML		PA, MS
PACLITAXEL (VIAL) 6 MG/ML		PA, MS
TIER 2		
ETOPOSIDE PHOSPHATE [ETOPOPHOS] (VIAL) 100 MG		PA
PEGASPARGASE [ONCASPAR] (VIAL) 750/ML		PA, MS
PROCARBAZINE [MATULANE] (CAP) 50 MG		PA, MS
MITOTANE [LYSODREN] (TAB) 500 MG		PA, MS
<i>CHEMOTHERAPY RESCUE/ANTIDOTE AGENTS</i>		
TIER 1		
DEXRAZOXANE (VIAL) 250 MG, 500 MG, 500 MG		PA
LEUCOVORIN CALCIUM (TAB) 10 MG, 15 MG, 25 MG		PA
LEUCOVORIN CALCIUM (TAB) 5 MG		
LEUCOVORIN CALCIUM (VIAL) MULTIPLE STRENGTHS		PA
MESNA (VIAL) 100 MG/ML		PA
TIER 2		
MESNA [MESNEX] (TAB) 400 MG		PA
AMIFOSTINE CRYSTALLINE [ETHYOL] (VIAL) 500 MG		PA
<i>PHOTOACTIVATED, ANTINEOPLASTIC AGENTS (SYSTEMIC)</i>		
TIER 2		
METHOXSALEN [UVADEX] (VIAL) 20 MCG/ML		PA
PORFIMER SODIUM [PHOTOFRIN] (VIAL) 75 MG		PA, MS
<i>SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERM)</i>		
TIER 1		
FULVESTRANT (SYRINGE) 250 MG/5ML		PA, MS
TAMOXIFEN CITRATE (TAB) 10 MG, 20 MG		
TOREMIFENE CITRATE (TAB) 60 MG		PA
<i>STEROID ANTINEOPLASTICS</i>		
TIER 1		
MEGESTROL ACETATE (TAB) 20 MG, 40 MG		PA

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
------------------------------------	---------

TIER 2

ESTRAMUSTINE PHOSPHATE SODIUM [EMCYT] (CAP) 140 MG	PA, MS
--	--------

VINCA ALKALOIDS

VINBLASTINE (VIAL) 1 MG/ML	PA
VINCRISTINE (VIAL) 1 MG/ML	PA
VINORELBINE TARTRATE (VIAL) 10 MG/ML, 50 MG/5 ML	PA

NEUROLOGICAL DISEASE - MISCELLANEOUS

AGENTS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS

TIER 1

DIMETHYL FUMARATE (CAP DR) 120 MG, 120-240 MG, 240 MG	QL: 2 IN 1 DAYS, MS
GLATIRAMER ACETATE (SYRINGE) 20 MG/ML, 40 MG/ML	PA, MS

TIER 2

FINGOLIMOD (CAP) 0.5 MG	PA, MS
FINGOLIMOD [GILENYA] (CAP) 0.25 MG	PA, MS
INTERFERON BETA-1A [AVONEX PEN] (PEN IJ KIT) 30MCG/.5ML	PA, MS
INTERFERON BETA-1A [AVONEX] (SYRINGEKIT) 30MCG/.5ML	PA, MS
INTERFERON BETA-1B [EXTAVIA] (KIT) 0.3 MG	PA, MS
INTERFERON BETA-1B [EXTAVIA] (VIAL) 0.3 MG	PA, MS
SIPONIMOD [MAYZENT] (TAB DS PK) 0.25MG(12)	PA, MS
SIPONIMOD [MAYZENT] (TAB) 0.25 MG, 2 MG	PA, MS
UBLITUXIMAB-XIYY [BRIUMVI] (VIAL) 150 MG/6ML	PA, MS

TIER 3

CLADRIBINE [MAVENCLAD] (TAB) 10 MG	PA, MS
DIROXIMEL FUMARATE [VUMERITY] (CAP DR) 231 MG	PA, MS

SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (SIP) RECEPTOR MODULATOR

TIER 2

OZANIMOD HYDROCHLORIDE [ZEPOSIA] (CAP DS PK) 0.23-0.46	PA, MS
OZANIMOD HYDROCHLORIDE [ZEPOSIA] (CAP) 0.92 MG	PA, MS

ORAL/PHARYNGEAL DISORDERS

DENTAL AIDS AND PREPARATIONS

TIER 1

CHLORHEXIDINE GLUCONATE (MOUTHWASH) 0.0012, 0.0012	
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (PASTE) 0.001	

NOSE PREPARATIONS, MISCELLANEOUS (RX)

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
IPRATROPIUM BROMIDE (SPRAY) 21 MCG, 42 MCG		AL: ≥18 YEARS
OTHER DRUGS		
<i>ANTIOXIDANT AGENTS</i>		
TIER 1		
ALPHA LIPOIC ACID (CAP) 600 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
<i>APPETITE STIM. FOR ANOREXIA, CACHEXIA, WASTING SYND.</i>		
TIER 1		
MEGESTROL ACETATE (ORAL SUSP) 400MG/10ML		
<i>CONDOMS</i>		
TIER 1		
CONDOMS, FEMALE [FC2 FEMALE CONDOM] (EACH)		QL: ≤ 12, DL: 100 DAYS
CONDOMS, LATEX, LUBRICATED [TRUSTEX CONDOM] (EACH)		QL: ≤ 12, DL: 100 DAYS
CONDOMS, LATEX, NON-LUBRICATED [TRUSTEX-RIA] (EACH)		QL: ≤ 12, DL: 100 DAYS
CONDOMS, NON-LATEX, LUBRICATED [DUREX AVANTI BARE REAL FEEL] (EACH)		QL: ≤ 12, DL: 100 DAYS
<i>DIAGNOSTIC TEST DEVICES AND SUPPLIES</i>		
TIER 1		
COVID-19 ANTIGEN TEST [BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2] (KIT)		QL: ≤ 8 IN 28 DAYS
COVID-19 MOLECULAR TEST ASSAY [ID NOW COVID-19 TEST KIT (EUA)] (KIT)		QL: ≤ 8 IN 28 DAYS
COVID19 TEST ADM.BY PHARMACIST [COVID19 TEST ADM BY PHARMACIST] (MISCELL)		QL: ≤ 8 IN 28 DAYS
COVID-19 TEST SPECIMEN COLLECT [EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT] (MISCELL)		QL: ≤ 8 IN 28 DAYS
COVID-19,FLU A,B ANTIGEN TEST [VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B] (KIT)		QL: ≤ 8 IN 28 DAYS
<i>DIETARY SUPPLEMENT, MISCELLANEOUS</i>		
TIER 2		
ACETYLCYSTEINE (CAP) 600 MG		PA
<i>GENERAL ANESTHETICS - BENZODIAZEPINE, INJECTABLE</i>		
TIER 1		
MIDAZOLAM (VIAL) 5 MG/ML		QL: 10 IN 30 DAYS
MIDAZOLAM HCL/PF (VIAL) 10 MG/2 ML, 5 MG/ML(1)		QL: 10 IN 30 DAYS
MIDAZOLAM HCL/PF (SYRINGE) 5 MG/ML		QL: 10 IN 30 DAYS
<i>GENERAL INHALATION AGENTS</i>		
TIER 1		
SODIUM CHLORIDE FOR INHALATION (VIAL-NEB) 0.009, 0.03, 0.1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
SODIUM CHLORIDE FOR INHALATION (VIAL-NEB) 0.07		QL: <= 360 IN 30 DAYS
INSECTICIDES		
TIER 1		
PERMETHRIN (SPRAY) 0.005		
METABOLIC DEFICIENCY AGENTS		
TIER 1		
LEVOCARNITINE (TAB) 330 MG, 500 MG		PA
LEVOCARNITINE (WITH SUGAR) (SOL) 100 MG/ML		PA
TIER 2		
LEVOCARNITINE (SOL) 100 MG/ML		PA
LEVOCARNITINE (VIAL) 200 MG/ML		PA
LEVOCARNITINE [CARNITOR SF] (SOL) 100 MG/ML		PA
LEVOCARNITINE [CARNITOR] (VIAL) 200 MG/ML		PA
NOSE PREPARATIONS, MISCELLANEOUS (OTC)		
TIER 1		
SODIUM CHLORIDE (SPRAY) 0.0065		
SOMATOSTATIC AGENTS		
TIER 1		
OCTREOTIDE ACETATE (SYRINGE) MULTIPLE STRENGTHS		MS
OCTREOTIDE ACETATE (VIAL) MULTIPLE STRENGTHS		MS
THICKENING AGENTS, ORAL		
TIER 1		
CORN STARCH [RESOURCE THICKENUP] (POWDER)		
STARCH [THICK NOW] (POWDER)		
STARCH [THICK-IT] (POWD PACK)		
OTHER RESPIRATORY DISORDERS		
CYSTIC FIB. TRANSMEMB CONDUCT. REG. (CFTR) POTENTIATOR		
TIER 2		
IVACAFTOR [KALYDECO] (GRAN PACK) 25 MG, 50 MG, 75 MG		PA, MS
IVACAFTOR [KALYDECO] (TAB) 150 MG		PA, MS
CYSTIC FIBROSIS-CFTR POTENTIATOR & CORRECTOR COMB.		
TIER 2		
ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFT [TRIKAFTA] (TAB SEQ) 100-50-75, 50-25-37.5		PA, MS
LUMACAFTOR/IVACAFTOR [ORKAMBI] (GRAN PACK) 100-125 MG, 150-188 MG		PA, MS
LUMACAFTOR/IVACAFTOR [ORKAMBI] (TAB) 100-125 MG, 200-125MG		PA, MS
TEZACAFTOR/IVACAFTOR [SYMDEKO] (TAB SEQ) 100-150 MG, 50 MG-75MG		PA, MS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
MUCOLYTICS		
TIER 2		
DORNASE ALFA [PULMOZYME] (SOL) 1 MG/ML		PA, MS
PAIN MANAGEMENT - ANALGESICS		
ANALGESIC, SALICYLATE, BARBITURATE, & XANTHINE CMB		
TIER 1		
BUTALBITAL/ASPIRIN/CAFFEINE (CAP) 50-325-40		QL: <= 30 IN 30 DAYS
BUTALBITAL/ASPIRIN/CAFFEINE (TAB) 50-325-40		QL: <= 30 IN 30 DAYS
ANALGESIC, NON-SALICYLATE, BARBITURATE, & XANTHINE CMB		
TIER 1		
BUTALB/ACETAMINOPHEN/CAFFEINE (CAP) 50-325-40		QL: <= 30 IN 30 DAYS
BUTALB/ACETAMINOPHEN/CAFFEINE (TAB) 50-325-40		QL: <= 30 IN 30 DAYS
ANALGESIC/ANTIPYRETICS, SALICYLATES		
TIER 1		
ASPIRIN (SUPP.RECT) 300 MG		
ASPIRIN (TAB) 325 MG, 325 MG, 500 MG		
ASPIRIN/ACETAMINOPHEN/CAFFEINE (TAB) 250-250-65		
ASPIRIN/CALCIUM CARB/MAGNESIUM (TAB) 325 MG		
CHOLINE SALICYL/MAG SALICYLATE (LIQ) 500 MG/5ML		
TIER 3		
ASPIRIN [VAZALORE] (CAP) 325 MG		
ANALGESIC/ANTIPYRETICS, NON-SALICYLATE		
TIER 1		
ACETAMINOPHEN (CAP) 325 MG, 500 MG		
ACETAMINOPHEN (ELIXIR) 160 MG/5ML		
ACETAMINOPHEN (LIQ) MULTIPLE STRENGTHS		
ACETAMINOPHEN (ORAL SUSP) 160 MG/5ML, 325/10.15		
ACETAMINOPHEN (SOL) MULTIPLE STRENGTHS		
ACETAMINOPHEN (SUPP.RECT) 120 MG, 325 MG, 650 MG		
ACETAMINOPHEN (TAB CHEW) 160 MG, 80 MG		
ACETAMINOPHEN (TAB ER) 650 MG		
ACETAMINOPHEN (TAB) 325 MG, 500 MG, 500 MG		
TIER 2		
ACETAMINOPHEN [FEVERALL] (SUPP.RECT) 80 MG		
ANALGESICS, NARCOTICS		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
HYDROMORPHONE (TAB) 2 MG, 4 MG		PA, QL: 11.2 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
HYDROMORPHONE (TAB) 8 MG		PA, QL: 2.8 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
MORPHINE (SOL) MULTIPLE STRENGTHS		PA
MORPHINE (TAB ER) MULTIPLE STRENGTHS		PA
OXYCODONE (TAB) 10 MG		QL: 6 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE (TAB) 15 MG		PA, QL: 4 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE (TAB) 20 MG		PA, QL: 3 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE (TAB) 30 MG		PA, QL: 2 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE (TAB) 5 MG		QL: 12 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
TRAMADOL (TAB) 50 MG		QL: 8 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
TIER 2		
MORPHINE (TAB) 15 MG		PA, QL: 6 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
MORPHINE (TAB) 30 MG, 30 MG		PA, QL: 3 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
MORPHINE (VIAL) 50 MG/ML		PA
TIER 3		
BUPRENORPHINE (PATCH TDWK) MULTIPLE STRENGTHS		PA
FENTANYL (PATCH TD72) MULTIPLE STRENGTHS		PA
METHADONE (ORAL CONC) 10 MG/ML		PA
METHADONE (SOL) 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML		PA
METHADONE (TAB) 10 MG, 5 MG		PA
MORPHINE (CAP ER PEL) 20 MG, 50 MG, 60 MG		PA
MORPHINE (CPMP 24HR) 120 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG		PA

ANTIMIGRAINE PREPARATIONS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ZOLMITRIPTAN (TAB RAPDIS) 2.5 MG, 5 MG		QL: <= 9 IN 30 DAYS
ZOLMITRIPTAN (TAB) 2.5 MG, 5 MG		QL: <= 9 IN 30 DAYS
TIER 1		
NARATRIPTAN (TAB) 1 MG, 2.5 MG		QL: <= 9 IN 30 DAYS
RIZATRIPTAN BENZOATE (TAB RAPDIS) 10 MG, 5 MG		QL: <= 9 IN 30 DAYS
RIZATRIPTAN BENZOATE (TAB) 10 MG, 5 MG		QL: <= 9 IN 30 DAYS
SUMATRIPTAN SUCCINATE (TAB) 100 MG, 25 MG, 50 MG		QL: <= 9 IN 30 DAYS
TIER 2		
ERENUMAB-AOOE [AIMOVIG AUTOINJECTOR] (AUTO INJCT) 140 MG/ML		PA, QL: 1 IN 30 DAYS
ERENUMAB-AOOE [AIMOVIG AUTOINJECTOR] (AUTO INJCT) 70 MG/ML		PA
ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFEINE [MIGERGOT] (SUPP.RECT) 2-100MG		PA, QL: <= 30 IN 30 DAYS
FREMANEZUMAB-VFRM [AJOVY AUTOINJECTOR] (AUTO INJCT) 225 MG/1.5		PA, QL: <= 1 IN 30 DAYS
FREMANEZUMAB-VFRM [AJOVY SYRINGE] (SYRINGE) 225 MG/1.5		PA, QL: <= 1 IN 30 DAYS
RIMEGEPANT [NURTEC ODT] (TAB RAPDIS) 75 MG		PA, QL: 8 IN 30 DAYS
UBROGEPANT [UBRELVY] (TAB) 100 MG, 50 MG		PA, QL: 10 IN 30 DAYS
TIER 3		
ATOGEANT [QULIPTA] (TAB) 10 MG, 30 MG, 60 MG		PA, QL: 1 IN 1 DAYS
ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFEINE (TAB) 1 MG-100MG		PA, QL: <= 30 IN 30 DAYS
GALCANEZUMAB-GNLM [EMGALITY PEN] (PEN INJCTR) 120 MG/ML		PA, QL: <= 1 IN 30 DAYS
GALCANEZUMAB-GNLM [EMGALITY SYRINGE] (SYRINGE) 120 MG/ML		PA, QL: <= 1 IN 30 DAYS
LASMIDITAN SUCCINATE [REYVOW] (TAB) 100 MG, 50 MG		PA, QL: 8 IN 30 DAYS
SUMATRIPTAN (SPRAY) 20 MG, 5 MG		PA

NARC.& NON-SAL.ANALGESIC,BARBITURATE &XANTHINE CMB

TIER 1

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
BUTALBIT/ACETAMIN/CAFF/CODEINE (CAP) 50-325-30	QL: 6 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS, AL: ≥12 YEARS

NARCOTIC ANALGESIC & NON-SALICYLATE ANALGESIC COMB

TIER 1

ACETAMINOPHEN WITH CODEINE (SOL) 120-12MG/5	QL: 240 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS, AL: ≥12 YEARS
ACETAMINOPHEN WITH CODEINE (TAB) 300MG-15MG, 300MG-30MG	QL: 12 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS, AL: ≥12 YEARS
ACETAMINOPHEN WITH CODEINE (TAB) 300MG-60MG	QL: 10 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS, AL: ≥12 YEARS
HYDROCODONE/ACETAMINOPHEN (SOL) 7.5-325/15	QL: 180 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
HYDROCODONE/ACETAMINOPHEN (TAB) 10MG-300MG, 10MG-325MG	QL: 9 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
HYDROCODONE/ACETAMINOPHEN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	QL: 12 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE HCL/ACETAMINOPHEN (TAB) 10MG-325MG	QL: 6 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE HCL/ACETAMINOPHEN (TAB) 5 MG-325MG	QL: 12 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS
OXYCODONE HCL/ACETAMINOPHEN (TAB) 7.5-325 MG	QL: 8 IN 1 DAYS, DL: 7 DAYS, FL: 1 IN 60 DAYS

NARCOTIC WITHDRAWAL THERAPY AGENTS

TIER 1

BUPRENORPHINE (TAB SUBL) 2 MG, 8 MG	QL: 3 IN 1 DAYS
BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE (TAB SUBL) 2 MG-0.5MG, 8 MG-2 MG	QL: 4 IN 1 DAYS

TIER 3

BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE (FILM) 12 MG-3 MG, 4MG-1MG	QL: 2 IN 1 DAYS, DL: 7 IN 180 DAYS
---	------------------------------------

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE (FILM) 2 MG-0.5MG, 8 MG-2 MG		QL: 4 IN 1 DAYS
PARKINSONS DISEASE		
<i>ANTIPARKINSONISM DRUGS,ANTICHOLINERGIC</i>		
TIER 1		
BENZTROPINE MESYLATE (TAB) 0.5 MG, 1 MG, 2 MG		
TRIHEXYPHENIDYL (SOL) 2 MG/5 ML		
TRIHEXYPHENIDYL (TAB) 2 MG, 5 MG		
<i>ANTIPARKINSONISM DRUGS,OTHER</i>		
TIER 1		
CARBIDOPA/LEVODOPA (TAB ER) 25MG-100MG, 50MG-200MG		
CARBIDOPA/LEVODOPA (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
ENTACAPONE (TAB) 200 MG		
PRAMIPEXOLE DI-(TAB) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 3 IN 1 DAYS
ROPINIROLE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 3 IN 1 DAYS
TIER 3		
AMANTADINE (CAP) 100 MG		
AMANTADINE (SOL) 50 MG/5 ML		
AMANTADINE (TAB) 100 MG		
CARBIDOPA/LEVODOPA [RYTARY] (CAP ER) MULTIPLE STRENGTHS		ST
SELEGILINE (CAP) 5 MG		
SELEGILINE (TAB) 5 MG		
TOLCAPONE (TAB) 100 MG		
<i>DECARBOXYLASE INHIBITORS</i>		
TIER 1		
CARBIDOPA (TAB) 25 MG		
SEIZURE DISORDER		
<i>ANTICONVULSANT - BENZODIAZEPINE TYPE</i>		
TIER 1		
CLOBAZAM (TAB) 10 MG, 20 MG		QL: 2 IN 1 DAYS
CLONAZEPAM (TAB RAPDIS) MULTIPLE STRENGTHS		
CLONAZEPAM (TAB) 0.5 MG, 1 MG, 2 MG		
DIAZEPAM (KIT) MULTIPLE STRENGTHS		QL: <= 4 IN 365 DAYS
<i>ANTICONVULSANT - CANNABINOID TYPE</i>		
TIER 3		
CANNABIDIOL (CBD) [EPIDIOLEX] (SOL) 100 MG/ML		PA, MS
<i>ANTICONVULSANTS</i>		
ZONISAMIDE (CAP) 100 MG, 25 MG, 50 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
TIER 1		
CARBAMAZEPINE (CPMP 12HR) 100 MG, 200 MG, 300 MG		
CARBAMAZEPINE (ORAL SUSP) 100 MG/5ML		
CARBAMAZEPINE (TAB CHEW) 100 MG		
CARBAMAZEPINE (TAB ER 12H) 100 MG, 200 MG, 400 MG		
CARBAMAZEPINE (TAB) 200 MG		
ETHOSUXIMIDE (CAP) 250 MG		
ETHOSUXIMIDE (SOL) 250 MG/5ML		
FELBAMATE (ORAL SUSP) 600 MG/5ML		
FELBAMATE (TAB) 400 MG, 600 MG		
GABAPENTIN (CAP) 100 MG, 300 MG		QL: 12 IN 1 DAYS
GABAPENTIN (CAP) 400 MG		QL: 9 IN 1 DAYS
GABAPENTIN (TAB) 600 MG		QL: 6 IN 1 DAYS
GABAPENTIN (TAB) 800 MG		QL: 4.5 IN 1 DAYS
LEVETIRACETAM (SOL) 100 MG/ML		
LEVETIRACETAM (TAB ER 24H) 500 MG, 750 MG		
LEVETIRACETAM (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
OXCARBAZEPINE (ORAL SUSP) 300 MG/5ML		
OXCARBAZEPINE (TAB) 150 MG, 300 MG, 600 MG		
PREGABALIN (CAP) 225 MG, 300 MG		PA
PREGABALIN (CAP) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 3 IN 1 DAYS
PRIMIDONE (TAB) 250 MG, 50 MG		
TIAGABINE (TAB) 12 MG, 16 MG, 2 MG, 4 MG		ST
TOPIRAMATE (CAP SPRINK) 15 MG, 25 MG		QL: 4 IN 1 DAYS
TOPIRAMATE (TAB) 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG		
TIER 2		
BRIVARACETAM [BRIVIACT] (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		ST
FENFLURAMINE [FINTEPLA] (SOL) 2.2 MG/ML		PA, MS
LACOSAMIDE (SOL) 10 MG/ML		ST
LACOSAMIDE (TAB) 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		ST
METHSUXIMIDE (CAP) 300 MG		ST
PHENYTOIN (ORAL SUSP) 125 MG/5ML		
PHENYTOIN (TAB CHEW) 50 MG		
PHENYTOIN [DILANTIN] (TAB CHEW) 50 MG		
PHENYTOIN [DILANTIN-125] (ORAL SUSP) 125 MG/5ML		
PHENYTOIN SODIUM EXTENDED (CAP) 100 MG, 200 MG, 300 MG		
PHENYTOIN SODIUM EXTENDED [DILANTIN] (CAP) 100 MG, 30 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
PHENYTOIN SODIUM EXTENDED [PHENYTEK] (CAP) 200 MG, 300 MG		
SKELETAL MUSCLE DISORDER		
<i>AGENTS TO TX PERIODIC PARALYSIS - CARBON ANHYD INH</i>		
TIER 2		
DICHLORPHENAMIDE (TAB) 50 MG		PA, MS
DICHLORPHENAMIDE [KEVEYIS] (TAB) 50 MG		PA, MS
<i>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</i>		
TIER 1		
BACLOFEN (TAB) 10 MG		QL: 240 IN 30 DAYS
BACLOFEN (TAB) 20 MG		QL: 120 IN 30 DAYS
CYCLOBENZAPRINE (TAB) 10 MG, 5 MG		
METHOCARBAMOL (TAB) 500 MG, 750 MG		
TIER 3		
TIZANIDINE (TAB) 2 MG, 4 MG		QL: 3 IN 1 DAYS
SMOKING CESSATION		
<i>SMOKING DETERRENT AGENTS (GANGLIONIC STIM, OTHERS)</i>		
TIER 1		
NICOTINE (PATCH TD24) MULTIPLE STRENGTHS		QL: 180 YEAR <= 30 IN 30 DAYS
NICOTINE POLACRILEX (GUM) 2 MG, 4 MG		QL: 24 IN 1 DAYS 4400 YEAR
NICOTINE POLACRILEX (LOZENGE) 2 MG, 4 MG		QL: 24 IN 1 DAYS 3600 YEAR
NICOTINE POLACRILEX (LOZNG MINI) 2 MG, 2 MG, 4 MG, 4 MG		QL: 24 IN 1 DAYS 3600 YEAR
TIER 2		
NICOTINE [NICOTINE PATCH] (PATCH DYSQ) 21-14-7MG		QL: 180 YEAR <= 30 IN 30 DAYS
TIER 3		
NICOTINE [NICOTROL NS] (SPRAY) 10 MG/ML		PA
NICOTINE [NICOTROL] (CARTRIDGE) 10 MG		PA
<i>SMOKING DETERRENT-NICOTINIC RECEPT.PARTIAL AGONIST</i>		
VARENICLINE TARTRATE (TAB DS PK) 0.5 (11)-1		QL: <= 56 IN 21 DAYS, DL: 180 IN 365 DAYS
VARENICLINE TARTRATE (TAB) 0.5 MG, 1 MG		DL: 180 IN 365 DAYS
<i>SMOKING DETERRENTS, OTHER</i>		
TIER 1		
BUPROPION (TAB ER 12H) 150 MG		
UPPER GASTROINTESTINAL DISORDERS		
<i>ANTACIDS</i>		
TIER 1		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ALUMINUM HYDROXIDE (ORAL SUSP) 320 MG/5ML		
CALCIUM CARBONATE (ORAL SUSP) 400 MG/5ML		
CALCIUM CARBONATE (TAB CHEW) MULTIPLE STRENGTHS		
MAG CARB/ALUMINUM HYDROX/ALGIN (ORAL SUSP) 358-95/15		
MAG HYDROX/ALUMINUM HYD/SIMETH (ORAL SUSP) 200-200-20, 200-200-20		
MAGNESIUM CARB/ALUMINUM HYDROX (TAB CHEW) 105-160MG		
SODIUM BICARBONATE (TAB) 650 MG		QL: 4 IN 1 DAYS
TIER 2		
MAG CARB/ALUMINUM HYDROX/ALGIN (ORAL SUSP) 237.5-254		
MAG CARB/ALUMINUM HYDROX/ALGIN [GAVISCON] (ORAL SUSP) 237.5-254		
<i>ANTICHOLINERGICS/ANTISPASMODICS</i>		
TIER 1		
DICYCLOMINE (CAP) 10 MG		
DICYCLOMINE (SOL) 10 MG/5 ML		
DICYCLOMINE (TAB) 20 MG		
<i>ANTIFLATULENTS</i>		
TIER 1		
SIMETHICONE (CAP) 125 MG, 180 MG		
SIMETHICONE (DROPS SUSP) 40MG/0.6ML		
SIMETHICONE (TAB CHEW) 125 MG, 80 MG		
SIMETHICONE (TAB) 125 MG		
<i>ANTI-ULCER PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
MISOPROSTOL (TAB) 100 MCG, 200 MCG		
SUCRALFATE (TAB) 1 G		
<i>HISTAMINE H2-RECEPTOR INHIBITORS</i>		
TIER 1		
FAMOTIDINE (SUSP RECON) 40MG/5ML		
FAMOTIDINE (TAB) 10 MG, 20 MG, 40 MG		
FAMOTIDINE/CA CARB/MAG HYDROX (TAB CHEW) 10-800-165		
TIER 3		
CIMETIDINE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>INTESTINAL MOTILITY STIMULANTS</i>		
TIER 1		
METOCLOPRAMIDE (SOL) 5 MG/5 ML		DL: 90 IN 180 DAYS
METOCLOPRAMIDE (TAB) 10 MG		QL: 6 IN 1 DAYS, DL: 90 IN 180 DAYS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
METOCLOPRAMIDE (TAB) 5 MG		QL: 12 IN 1 DAYS, DL: 90 IN 180 DAYS
<i>PANCREATIC ENZYMES</i>		
TIER 2		
LIPASE/PROTEASE/AMYLASE [CREON] (CAP DR) MULTIPLE STRENGTHS		
TIER 3		
LIPASE/PROTEASE/AMYLASE [ZENPEP] (CAP DR) MULTIPLE STRENGTHS		
<i>PROTON-PUMP INHIBITORS</i>		
TIER 1		
LANSOPRAZOLE (CAP DR) 15 MG, 30 MG OMEPRAZOLE (CAP DR) 10 MG, 20 MG, 40 MG, 40 MG		
OMEPRAZOLE (TAB RAP DR) 20 MG		QL: 1 IN 1 DAYS, DL: 60 IN 365 DAYS
PANTOPRAZOLE SODIUM (TAB DR) 20 MG, 40 MG		
TIER 3		
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM (CAP DR) 20 MG, 40 MG		QL: 1 IN 1 DAYS <= 60 IN 180 DAYS
LANSOPRAZOLE (TAB RAP DR) 15 MG, 30 MG		ST
RABEPRAZOLE SODIUM (TAB DR) 20 MG		QL: <= 30 IN 30 DAYS
URINARY TRACT - FUNCTIONAL DISORDERS		
<i>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY/MICTURITION AGENTS</i>		
TIER 1		
DUTASTERIDE (CAP) 0.5 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
FINASTERIDE (TAB) 5 MG		
SILODOSIN (CAP) 8 MG		QL: 1 IN 1 DAYS, ST
TAMSULOSIN (CAP) 0.4 MG		
TIER 3		
ALFUZOSIN (TAB ER 24H) 10 MG		ST
<i>OVERACTIVE BLADDER AGENTS, BETA-3 ADRENERGIC RECEPTOR</i>		
TIER 3		
MIRABEGRON [MYRBETRIQ] (TAB ER 24H) 25 MG, 50 MG		PA
<i>URINARY PH MODIFIERS</i>		
TIER 1		
POTASSIUM CITRATE (TAB ER) 10 MEQ, 15 MEQ, 5 MEQ		
POTASSIUM CITRATE/CITRIC ACID (SOL) 1100-334/5		
<i>URINARY TRACT ANESTHETIC/ANALGESIC AGNT (AZO-DYE)</i>		
TIER 1		
PHENAZOPYRIDINE (TAB) 100 MG, 200 MG, 97.5 MG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
------------------------------------	---------

URINARY TRACT ANTISPASMODIC, M(3) SELECTIVE ANTAG.

TIER 1	
SOLIFENACIN SUCCINATE (TAB) 10 MG, 5 MG	QL: 1 IN 1 DAYS

URINARY TRACT ANTISPASMODIC/ANTIINCONTINENCE AGENT

TIER 1	
OXYBUTYNIN CHLORIDE (SYRUP) 5 MG/5 ML	
OXYBUTYNIN CHLORIDE (TAB ER 24) 10 MG, 15 MG, 5 MG	
OXYBUTYNIN CHLORIDE (TAB) 5 MG	
TOLTERODINE TARTRATE (TAB) 1 MG, 2 MG	QL: 2 IN 1 DAYS, ST
TROSPIUM CHLORIDE (TAB) 20 MG	QL: 2 IN 1 DAYS

TIER 3	
TOLTERODINE TARTRATE (CAP ER 24H) 2 MG, 4 MG	QL: 1 IN 1 DAYS, ST
TROSPIUM CHLORIDE (CAP ER 24H) 60 MG	ST

VAGINAL DISORDERS

VAGINAL ANTIBIOTICS

TIER 1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (CREAM/APPL) 0.02	
TIER 2	
METRONIDAZOLE (GEL W/APPL) 0.0075	
TIER 3	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE [CLEOCIN] (SUPP.VAG) 100 MG	

VAGINAL ANTIFUNGALS

TIER 1	
CLOTRIMAZOLE (CREAM/APPL) 0.01, 0.02	
MICONAZOLE NITRATE (CREAM/APPL) 0.02, 0.04	
MICONAZOLE NITRATE (KIT) 1200MG-2%	
MICONAZOLE NITRATE (SUPP.VAG) 100 MG, 200 MG	
TIER 2	
MICONAZOLE NITRATE (CMB PF CRM) 200 MG-2 %	
MICONAZOLE NITRATE (KIT) 200 MG-2 %	
MICONAZOLE NITRATE [MONISTAT 3] (CMB PF CRM) 200 MG-2 %	
MICONAZOLE NITRATE [MONISTAT 3] (CRM/PF APP) 0.04	
MICONAZOLE NITRATE [MONISTAT 3] (KIT) 200 MG-2 %	
TIER 3	
TERCONAZOLE (CREAM/APPL) 0.004, 0.008	
TERCONAZOLE (SUPP.VAG) 80 MG	

VAGINAL ESTROGEN PREPARATIONS

TIER 1	
---------------	--

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
ESTRADIOL (CREAM/APPL) 0.0001		QL: 42.5 IN 30 DAYS
TIER 2		
ESTRADIOL [ESTRING] (VAG RING) 7.5MCG/24H		QL: 1 IN 90 DAYS, DL: 90 DAYS
TIER 3		
ESTROGENS, CONJUGATED [PREMARIN] (CREAM/APPL) 0.625 MG/G		PA
VITAMIN AND/OR MINERAL DEFICIENCY		
<i>ANTIOXIDANT MULTIVITAMIN COMBINATIONS</i>		
TIER 1		
VITS A,C,E/LUTEIN/MINERALS (TAB) 300MCG-200		
<i>CALCIUM REPLACEMENT</i>		
TIER 1		
CA/D3/MAG OX/ZINC/COP/MANG/BOR (TAB CHEW) 600 MG-400, 600 MG-800		
CALCIUM CARB/VIT D3/MINERALS (TAB) 600 MG-200, 600 MG-400		
CALCIUM CARBONATE (TAB) 500(1250), 600 MG, 600 MG		
CALCIUM CARBONATE/VITAMIN D3 (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
CALCIUM CIT/MGOX/VIT D3/B6/MIN (TAB) 250-40-125		
CALCIUM CITRATE (TAB) 200(950)MG, 250 MG		
CALCIUM CITRATE/VITAMIN D3 (TAB) 250MG-5MCG		
CALCIUM/MULTIVITAMIN WITH IRON (TAB) 175.5-14.5		
CA/D3/MAG OX/ZINC/COP/MANG/BOR (TAB CHEW) 600 MG-800		
CALCIUM CARBONATE/VITAMIN D3 (TAB) 600 MG-10		
<i>FLUORIDE PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
FLUORIDE (SODIUM) (CREAM) 0.011		
FLUORIDE (SODIUM) (DROPS) 0.5 MG/ML		
FLUORIDE (SODIUM) (GEL (GRAM)) 0.011		
<i>FOLIC ACID PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
FOLIC ACID (TAB) 0.4 MG, 0.8 MG, 1 MG		
<i>GERIATRIC VITAMIN PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
MULTIVIT WITH IRON,MINERALS (TAB) ,		
MULTIVIT WITH MINERALS/LUTEIN (TAB)		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

IRON REPLACEMENT

TIER 1

FERROUS (DROPS) 15 MG/ML	
FERROUS (ELIXIR) 220 (44)/5	
FERROUS (LIQ) 300 MG/5ML	
FERROUS (SOL) 220 (44)/5	
FERROUS (TAB DR) 324(65)MG, 325(65) MG	
FERROUS (TAB ER) MULTIPLE STRENGTHS	
FERROUS (TAB) 134 MG, 325(65) MG	
FERROUS GLUCONATE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	
FERROUS, DRIED (TAB ER) 160(50) MG	
IRON,CARB/VIT C/VIT B12/FOLIC (TAB) 100-250-1	
IRON,CARBONYL (ORAL SUSP) 15MG/1.25	
IRON,CARBONYL (TAB CHEW) 15 MG	

MAGNESIUM SALTS REPLACEMENT

TIER 1

MAGNESIUM OXIDE (CAP) 500 MG	
MAGNESIUM OXIDE (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	

MULTIVITAMIN PREPARATIONS

TIER 1

A/C/E/ZINC/SOD SELENATE/COPPER (TAB) 5000-60-30	
B-COMPLEX WITH VITAMIN C (CAP)	
B-COMPLEX WITH VITAMIN C (TAB ER)	
B-COMPLEX WITH VITAMIN C (TAB)	
FA/MV,CA,IRON,MIN/LYCOPENE/LUT (TAB) 0.4-162-18	
FOLIC ACID/MULTIVIT,IRON,MINER (TAB) 0.4MG-18MG	
FOLIC ACID/MULTIVIT-MIN/LUTEIN (COMBO. PKG) 0.4MG-250	
MULTIVIT NO.51/IRON/FOLIC ACID (CAP) 106.5-1MG	
MULTIVIT WITH CALCIUM,IRON,MIN (TAB) 27MG-0.4MG,	
MULTIVIT,CALC,MINS/IRON/FOLIC (TAB) 500-18-0.4, 9MG-400MCG	
MULTIVIT,IRON,MIN 5/FOLIC ACID (TAB) 10 MG-1 MG	
MULTIVIT,IRON,MINERALS/LUTEIN (TAB)	
MULTIVIT,STRESS FORMULA/ZINC (TAB)	
MULTIVIT/FOLIC ACID/ZINC/VIT C (CAP) 400-50-500	
MULTIVITAMIN (TAB)	

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
MULTIVITAMIN WITH FOLIC ACID (TAB) 400 MCG, 400 MCG	
MULTIVITAMIN WITH IRON (TAB)	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS (CAP)	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS (LIQ)	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS (TAB)	
MULTIVITAMIN,STRESS FORMULA (TAB)	
MULTIVITAMIN,THER AND MINERALS (CAP)	
MULTIVITAMIN,THER AND MINERALS (TAB)	
MULTIVITAMIN,THERAPEUTIC (LIQ)	
MULTIVITAMIN,THERAPEUTIC (TAB)	
MULTIVITAMIN/IRON/FOLIC ACID (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	
MULTIVIT-MIN/FA/LYCOPEN/LUTEIN (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	
MULTIVIT-MIN/FOLIC ACID/BIOTIN (CAP) 400-400MCG	
MULTIVIT-MIN/FOLIC/VIT K/LYCOP (TAB) 400-300MCG	
MULTIVIT-MIN/IRON FUM/FOLIC AC (TAB) 7.5 MG-400	
MV,CAL,MIN/IRON/FOLIC ACID/LUT (TAB) 18-500-300	
MV,CALCIUM,MIN/IRON/FOLIC/VITK (TAB) 18-600-80	
M-VIT,TX,IRON,MINS/CALC/FOLIC (TAB) 27MG-0.4MG	
MULTIVITAMIN COMBINATION NO.56 (TAB CHEW)	
MULTIVIT-MINS60/IRON FUM/FOLIC (TAB) 27 MG-1 MG	

PEDIATRIC VITAMIN PREPARATIONS

TIER 1

MULTIVIT WITH IRON,MINERALS (TAB CHEW)	
MULTIVITAMIN WITH IRON (TAB CHEW)	
PEDI MULTIVIT 45/FLUORIDE/IRON (DROPS) 0.25-10/ML	QL: 50 IN 30 DAYS
PEDI MULTIVIT NO.12 W-FLUORIDE (TAB CHEW) 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	
PEDI MULTIVIT NO.2 W-FLUORIDE (DROPS) 0.25 MG/ML	QL: 50 IN 30 DAYS
PEDIATRIC MULTIVIT NO.36/IRON (TAB CHEW) 10 MG	
PEDI MULTIVIT NO.159/IRON SULF (TAB CHEW) 4.5 MG	

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
PEDIATRIC MULTIVITAMIN NO.171 (DROPS) 750-35/ML	
<i>PRENATAL VITAMIN PREPARATIONS</i>	
TIER 1	
PNV NO.118/IRON FUMARATE/FA (TAB CHEW) 29 MG-1 MG	
PNV NO.95/FERROUS FUM/FOLIC AC (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	
PNV,CALCIUM 72/IRON,CARB/FOLIC (TAB) 29 MG-1 MG	
PNV,CALCIUM 72/IRON/FOLIC ACID (TAB) 27 MG-1 MG	
PNV/FERROUS FUM/DOCUSATE/FOLIC (TAB ER) 90-50-1MG	
PNV/IRON,CARB/DOCUSAT/FOLIC AC (TAB) 90-50-1MG	
PRENATAL VIT 14/IRON FUM/FOLIC (TAB CHEW) 29 MG-1 MG	
PRENATAL VIT NO.129/IRON/FOLIC (TAB) 27MG-0.8MG	
PRENATAL VIT NO.130/IRON/FOLIC (TAB) 27MG-0.8MG	
PRENATAL VIT,CAL 73/IRON/FOLIC (TAB) 28 MG-1 MG	
PRENATAL VIT,CALC76/IRON/FOLIC (TAB) 29 MG-1 MG	
PRENATAL VIT,CALC78/IRON/FOLIC (TAB) 29 MG-1 MG	
PRENATAL VIT/IRON FUM/FOLIC AC (CAP) 65 MG-1 MG	
PRENATAL VIT/IRON FUM/FOLIC AC (TAB) 28MG-0.8MG, 65 MG-1 MG	
PRENATAL VIT27,CALCIUM/IRON/FA [TRINATAL RX 1] (TAB) 60 MG-1 MG	
PRENATAL VITS15/IRON/FOLIC/DSS (TAB) 90-1-50 MG	

VITAMIN A PREPARATIONS

VITAMIN A (CAP) 2400 MCG	
VITAMIN A PALMITATE (CAP) 3000 MCG, 7500 MCG	

TIER 1

BETA-CAROTENE (CAP) 7500 MCG	
------------------------------	--

VITAMIN B PREPARATIONS

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name		Comment
VIT B COMP/FOLIC/CHOLINE/INOSI (CAP) 400-20-50		
VIT B COMPLEX 100 COMBO NO.2 (TAB ER) 100 MG, 100 MG		
VITAMIN B COMPLEX (CAP)		
VITAMIN B COMPLEX (TAB ER)		
TIER 1		
B COMP NO3/FOLIC/C/BIOTIN/ZINC (TAB) 1 MG-60 MG		
B COMPLEX 11/FOLIC/C/BIOT/ZINC (TAB) 1 MG-100MG		
FOLIC ACID/B CMPLX C/RICE BRAN (TAB) 400MCG-500		
FOLIC ACID/VIT B COMPLEX AND C (TAB ER) 400 MCG		
FOLIC ACID/VIT B COMPLEX AND C (TAB) MULTIPLE STRENGTHS		
VITAMIN B COMPLEX (TAB)		
VITAMIN B COMPLEX/FOLIC ACID (TAB) 0.4 MG		
<i>VITAMIN B12 PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
CYANOCOBALAMIN (VITAMIN B-12) (VIAL) 1000MCG/ML		QL: 4 IN 30 DAYS
<i>VITAMIN B6 PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
PYRIDOXINE (VITAMIN B6) (TAB) 50 MG		
<i>VITAMIN C PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
ASCORBIC ACID (CAP ER) 500 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
ASCORBIC ACID (TAB CHEW) 500 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
ASCORBIC ACID (TAB) 1000 MG, 250 MG, 500 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
ASCORBIC ACID/ASCORBATE SODIUM (WAFER) 500 MG		QL: 1 IN 1 DAYS
<i>VITAMIN D PREPARATIONS</i>		
TIER 1		
CALCITRIOL (CAP) 0.25 MCG, 0.5 MCG		
CALCITRIOL (SOL) 1 MCG/ML		
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3) (CAP) 1250 MCG		QL: <= 8 IN 21 DAYS
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3) (CAP) MULTIPLE STRENGTHS		
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3) (DROPS) 10(400)/ML		AL: <1 YEARS
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3) (TAB CHEW) 10 MCG, 25 MCG		

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno

Therapeutic Indication / Drug Name	Comment
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3) (TAB) 50 MCG	QL: <= 60 IN 30 DAYS
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3) (TAB) MULTIPLE STRENGTHS	
ERGOCALCIFEROL (VITAMIN D2) (CAP) 1250 MCG	
ERGOCALCIFEROL (VITAMIN D2) (DROPS) 200 MCG/ML	
ERGOCALCIFEROL (VITAMIN D2) (TAB) 10 MCG	

VITAMIN E PREPARATIONS

VITAMIN E (CAP) 268 MG	
VITAMIN E (DL,TOCOPHERYL ACET) (CAP) MULTIPLE STRENGTHS	
VITAMIN E (DL,TOCOPHERYL ACET) (DROPS) 22.5 MG/ML, 22.5 MG/ML	
VITAMIN E ACETATE (CAP) 134 MG, 670 MG	
VITAMIN E ACETATE (DROPS) 100/0.25ML	
VITAMIN E MIXED (CAP) 1000 UNIT, 1000 UNIT	
VITAMIN E (DL,TOCOPHERYL ACET) (CAP) 90 MG	
VITAMIN E ACETATE (CAP) 268 MG	
VITAMIN E MIXED (CAP) 400 UNIT	

Leyenda

AllCare CCO es un plan con medicamentos genéricos obligatorios: cuando están disponibles, deben utilizarse los medicamentos genéricos.

[]	Medicamento de Marca	QL	Límite de cantidad	PA	Autorización previa obligatoria	MS	Debe surtirse mediante un programa de farmacias especializadas
ST	Terapia escalonada	DL	Límite de suministro diario	AL	Límite de edad	FL	Límite de relleno





AllCare Health Plan Inc., una empresa de beneficios de Oregón
AllCareHealth.com/Medicaid



Grants Pass

1701 NE 7th Street,
Grants Pass, OR 97526

Medford

100 East Main Street, Suite B
Medford, OR 97501

Brookings

580 5th Street, #400
Brookings, OR 97415

Línea gratuita (888) 460-0185

TTY 711

Language access (888) 260-4297