

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

- Los medicamentos genéricos tienen preferencia sobre los de marca, a menos que se especifique que el medicamento es SOLO DE MARCA.
- Los medicamentos reembolsables a nivel federal que no figuran en la lista de medicamentos del AHCCCS pueden estar disponibles con autorización previa.

Fecha de vigencia de la lista de medicamentos: 1 de abril de 2026

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ADHD/ANTI-NARCOLEPSIA							
ANFETAMINAS**							
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAPSULE ER 24 HR	ADDERALL XR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años		90	90
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TABLET	ADDERALL	DE MARCA Y GENÉRICO	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años		180	90
DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TABLET	ZENZEDI		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años		180	90
LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE CAPSULE	VYVANSE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años		90	90
AGENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (ADHD)**							
ATOMOXETINE HCL CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
CLONIDINE HCL	CATAPRES			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
CLONIDINE HCL TRANSDERMAL PATCH	CATAPRES PATCHES			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		4	28
CLONIDINE HCL (ADHD) TABLET 12-HOUR	CLONIDINE ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		120	30
GUANFACINE HCL (ADHD) TABLET 24-HOUR	GUANFACINE ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
GUANFACINE HCL TABLET	GUANFACINE HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
ESTIMULANTES - VARIOS**							
ARMODAFINIL TABLET (50MG)	NUVIGIL	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 18 años		180	90
ARMODAFINIL TABLET (150MG, 200MG, 250MG)	NUVIGIL	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 18 años		90	90
DEXMETHYLPHENIDATE HCL CAPSULE 24-HOUR	FOCALIN XR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		60	30
DEXMETHYLPHENIDATE HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		60	30
METHYLPHENIDATE HCL CAPSULE 24-HOUR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
METHYLPHENIDATE HCL CAPSULE CONTROLLED RELEASE CD	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
METHYLPHENIDATE PATCH	DAYTRANA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
METHYLPHENIDATE HCL SOLUTION	METHYLIN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		300	30
METHYLPHENIDATE HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		90	30
METHYLPHENIDATE HCL TABLET EXTENDED RELEASE	CONCERTA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		60	30
MODAFINIL TABLET	PROVIGIL		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 18 años		90	90
METHYLPHENIDATE HCL TABLET ER 24HR	METHYLPHENIDATE ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		90	90
AMINOGLUCÓSIDOS							
AMINOGLUCÓSIDOS							
NEOMYCIN SULFATE TABLETS	NEOMYCIN SULFATE						
ANTIBIÓTICOS INHALADOS							
PAROMOMYCIN SULFATE CAPSULE	HUMATIN			No cubierto por AHCCCS. Comuníquese con Waylis Pharmaceuticals para el programa de asistencia al paciente.			
TOBRAMYCIN NEBULIZED	BETHKIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TOBRAMYCIN NEBULIZED	KITABIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS							
ANTIMETABOLITOS ANTIRREUMÁTICOS							
METHOTREXATE SODIUM TABLETS	RHEUMATREX						
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (NSAIDS)							
CELECOXIB CAPSULE	CELEBREX					180	90
CELECOXIB SUSPENSION	VYSCOXIA			SE REQUIERE PA para personas menores de 2 años y mayores de 10 años			
DICLOFENAC POTASSIUM TABLET	DICLOFENAC POTASSIUM						
DICLOFENAC SODIUM TABLET ENTERIC COATED	DICLOFENAC SODIUM DR						
DICLOFENAC TABLET ENTERIC COATED	DICLOFENAC SODIUM EC						
ETODOLAC CAPSULE	ETODOLAC						
ETODOLAC TABLET	LODINE						
FLURBIPROFEN TABLET	FLURBIPROFEN						
IBUPROFEN CAPSULE	MOTRIN IB						
IBUPROFEN SUSPENSION (RX ONLY)	MEDI-PROFEN						
IBUPROFEN TABLET (Excluding 300mg)	ADVIL						
INDOMETHACIN CAPSULE	TIVORBEX						
KETOPROFEN CAPSULE (25MG)	KETOPROFEN						
KETOROLAC TROMETHAMINE TABLET	KETOROLAC TROMETHAMINE					20	30
MELOXICAM TABLET	MOBIC						
NABUMETONE TABLET (Excluding 1000mg)	NABUMETONE						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
NAPROXEN SODIUM TABLET	PAMPRIN ALL DAY MAXIMUM STRENGTH						
NAPROXEN TABLET	NAPROSYN						
PIROXICAM CAPSULE	FELDENE						
SULINDAC TABLET	SULINDAC						
INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA							
LEFLUNOMIDE TABLETS	ARAVA						
MODULADORES SELECTIVOS DE LA COESTIMULACIÓN							
ABATACEPT CLICKJECT OR SYRINGE	ORENCIA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES ANTAGONISTAS DE CITOQUINAS Y LEVAS							
ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTO-INJ	HADLIMA PUSH	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ADALIMUMAB-BWWD SOLN PREF SYR	HADLIMA	Solo biosimilares sin marca autorizados	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ADALIMUMAB-FKJP AUTO-INJECTOR KIT	HULIO	SOLO BIOSIMILARES DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ADALIMUMAB-FKJP PREFILLED SYRINGE KIT	HULIO	SOLO BIOSIMILARES DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
APREMILAST TABLET	OTEZLA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
APREMILAST TABLET ER 24HR	OTEZLA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
APREMILAST TAB THER PACK	OTEZLA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ETANERCEPT	ENBREL	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TOFACITINIB CITRATE	XELJANZ IMMEDIATE RELEASE ONLY	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TOFACITINIB CITRATE TABLET ER 24HR	XELJANZ XR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-6							
TOCILIZUMAB-AAZG AUTOINJECTOR	TYENNE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TOCILIZUMAB-AAZG SYRINGE	TYENNE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TOCILIZUMAB-AAZG VIAL	TYENNE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS							
COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS							
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TABLETS	VARIOS					120	30
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLETS	VARIOS					120	30
ANALGÉSICOS OTROS							
ACETAMINOPHEN CAPSULES	VARIOS						
ACETAMINOPHEN CHEWABLE TABLETS	VARIOS						
ACETAMINOPHEN ELIXIR	VARIOS						
ACETAMINOPHEN LIQUID	VARIOS						
ACETAMINOPHEN SUPPOSITORY	FEVERALL INFANTS						
ACETAMINOPHEN SUSPENSION	TYLENOL INFANTS						
SALICILATOS							
ASPIRIN CHEWABLE TABLETS	VARIOS						
ASPIRIN SUPPOSITORY	VARIOS						
ASPIRIN TABLETS	VARIOS						
SALSALATE TABLETS	DISALCID						
ANALGÉSICOS - OPIÁCEOS							
AGONISTAS OPIÁCEOS DE ACCIÓN PROLONGADA							
FENTANYL PATCH 72-HOUR 12mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg & 100mcg	DURAGESIC 12mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg & 100mcg		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
MORPHINE-NALTREXONE CAPSULE CONTROLLED RELEASE	EMBEDA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
MORPHINE SULFATE TABLET CONTROLLED RELEASE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
OXYCODONE ER	OXYCOTIN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TRAMADOL HCL TABLETS ER	ULTRAM ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
BUPRENORPHINE PATCH WEEKLY	BUTRANS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGONISTAS OPIÁCEOS DE ACCIÓN CORTA							
HYDROMORPHONE HCL TABLETS	DISALCID			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
MORPHINE SULFATE SOLUTION	MORPHINE SULFATE			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
MORPHINE SULFATE TABLETS	MORPHINE SULFATE			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
MORPHINE SULFATE TABLET ER	MS CONTIN		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
OXYCODONE HCL SOLUTION	OXYCODONE HCL			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
OXYCODONE HCL TABLETS	ROXICODONE			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
OXYCODONE HCL TAB 12HR DETER	OXYCONTIN	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
TRAMADOL HCL TABLETS 50MG	ULTRAM			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
COMBINACIONES DE OPIÁCEOS							
ACETAMINOPHEN W/ CODEINE SOLUTION	ACETAMINOPHEN/CODEINE			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
ACETAMINOPHEN W/ CODEINE TABLETS	ACETAMINOPHEN/CODEINE			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN CAPSULES	HYDROGESIC			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLUTION	HYCET			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TABLETS	VERDROCET			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN CAPSULES	OXYCODONE/ACETAMINOPHEN			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TABLETS	ENDOCET			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
OXYCODONE-IBUPROFEN TABLETS	OXYCODONE/IBUPROFEN			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN TABLET	TRAMADOL/ACETAMINOPHEN						
ANTIDOTOS							
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS							
NALOXONE HCL SOLUTION + SYRINGE	NALOXONE HCL + SYRINGE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NALOXONE HCL NASAL SPRAY	NARCAN NASAL SPRAY	SOLO CON Y SIN RECETA	MEDICAMENTO PREFERIDO			2	1
NALOXONE HCL NASAL SPRAY 8mg	KLOXXADO NASAL SPRAY		MEDICAMENTO PREFERIDO			2	1
NALTREXONE HCL TABLETS	NALTREXONE HCL		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NALTREXONE SUSPENSION	VIVITROL		MEDICAMENTO PREFERIDO				
AGONISTAS OPIÁCEOS							
BUPRENORPHINE	VARIOS			SE REQUIERE PA a menos que la afiliada esté embarazada o en periodo de lactancia. El profesional que prescribe debe anotar los siguientes códigos ICD-10 en la receta: 1. O09.91- Supervisión de embarazo de alto riesgo, 1er trimestre. 2. O09.92- Supervisión de embarazo de alto riesgo, 2do trimestre. 3. O09.93- Supervisión de embarazo de alto riesgo, 3er trimestre. 4. O09.91- Supervisión de embarazo de alto riesgo, uso para madres lactantes postparto. El primer dígito del código de diagnóstico es la letra - O y el segundo es un cero - 0			
BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL DIHYDRATE FILM	SUBOXONE FILM	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL DIHYDRATE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	VARIOS	SOLO FORMULACIONES GENÉRICAS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
BUPRENORPHINE EXTENDED RELEASE INJECTION	SUBLOCADE		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
BUPRENORPHINE SOLN PREF SYR	BRIXADI		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
METHADONE HCL TABLET	METHADONE			SE REQUIERE PA			
METHADONE HCL CONCENTRATE	METHADONE			SE REQUIERE PA			
METHADONE HCL SOLUTION	METHADONE			SE REQUIERE PA			
METHADONE HCL TABLET SOLUBLE	METHADONE			SE REQUIERE PA			
AGENTES MISCELÁNEOS							
ACAMPROSATE	VARIOS						
DISULFIRAM	ANTABUSE						
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS							
ANDRÓGENOS							
DANAZOL CAPSULES	DANAZOL						
TESTOSTERONE CYPIONATE SOLUTION	DEPO-TESTOSTERONE			SE REQUIERE PA			
TESTOSTERONE ENANTHATE SOLUTION	TESTOSTERONE ENANTHATE			SE REQUIERE PA			
TESTOSTERONE GEL (1.62% - PUMP BOTTLE)	ANDROGEL/TESTOSTERONE (AG)	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TESTOSTERONE PATCH	ANDRODERM			SE REQUIERE PA			
AGENTES ANORRECTALES							
ESTEROIDES INTRARRECTALES							
HYDROCORTISONE (INTRARECTAL) ENEMA	COLOCORT						
HYDROCORTISONE ACETATE (INTRARECTAL) FOAM	CORTIFOAM						
ESTEROIDES RECTALES							
HYDROCORTISONE (RECTAL) CREAM	VARIOS						
ANTIHELMÍNTICOS							
ANTIHELMÍNTICOS							
ALBENDAZOLE TABLETS	ALBENZA			SE REQUIERE PA			
IVERMECTIN TABLETS	STROMEKTOL			SE REQUIERE PA			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
PRAZICUANTEL TABLETS	BILTRICIDE						
AGENTES ANTIANGINOSOS							
ANTIANGINOSOS - OTROS							
RANOLAZINE TABLET 12-HOUR	RANEXA			SE REQUIERE PA			
NITRATOS							
ISOSORBIDE DINITRATE CAPSULE CONTROLLED RELEASE	DILATRATE SR						
ISOSORBIDE DINITRATE SUBLINGUAL	ISOSORBIDE DINITRATE						
ISOSORBIDE DINITRATE TABLETS	ISORDIL TITRADOSE						
ISOSORBIDE DINITRATE TABLET CONTROLLED RELEASE	ISOSORBIDE DINITRATE ER						
ISOSORBIDE MONONITRATE TABLETS	ISOSORBIDE MONONITRATE						
ISOSORBIDE MONONITRATE TABLET 24-HOUR	IMDUR						
NITROGLYCERIN CAPSULE CONTROLLED RELEASE	NITRO-TIME						
NITROGLYCERIN OINTMENT	NITRO-BID						
NITROGLYCERIN PATCH 24-HOUR	NITRO-DUR						
NITROGLYCERIN SUBLINGUAL	NITROSTAT						
ANSIOLÍTICOS							
ANSIOLÍTICOS - VARIOS							
BUSPIRONE HCL TAB 5 MG	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 7.5 MG	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 10 MG	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 15 MG	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 30 MG	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
HYDROXYZINE HCL SYRUP	HYDROXYZINE SYRUP					300	30
HYDROXYZINE HCL TABLETS	HYDROXYZINE TABLETS					240	30
HYDROXYZINE PAMOATE CAPSULES	VISTARIL					120	30
BENZODIACEPINAS							
ALPRAZOLAM CONC 1 MG/ML	ALPRAZOLAM INTENSOL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	15
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
ALPRAZOLAM TAB 0.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
ALPRAZOLAM TAB 1 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
ALPRAZOLAM TAB 2 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 0.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 1 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 2 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 3 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 10 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 25 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
CLONAZEPAM 0.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
CLONAZEPAM 1.0 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
CLONAZEPAM 2 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
CLONAZEPAM ODT 0.125MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ODT 0.25MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ODT 0.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
CLONAZEPAM ODT 1MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ODT 2MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 15 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 3.75 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 7.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
DIAZEPAM CONC 5 MG/ML	DIAZEPAM INTENSOL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
DIAZEPAM SOLN 1 MG/ML	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		300	30
DIAZEPAM TAB 10 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
DIAZEPAM TAB 2 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
DIAZEPAM TAB 5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
LORAZEPAM CONC 2 MG/ML	LORAZEPAM INTENSOL			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
LORAZEPAM TAB 0.5 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
LORAZEPAM TAB 1 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
LORAZEPAM TAB 2 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
OXAZEPAM CAP 10 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
OXAZEPAM CAP 15 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
OXAZEPAM CAP 30 MG	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días. SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
ANTIARRÍTMICOS							
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-A							
DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAPSULES	NORPACE						
DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAPSULE 12-HOUR	NORPACE CR						
QUINIDINE GLUCONATE TABLET CONTROLLED RELEASE	QUINIDINE GLUCONATE CR						
QUINIDINE SULFATE TABLETS	QUINIDINE SULFATE						
QUINIDINE SULFATE TABLET CONTROLLED RELEASE	QUINIDINE SULFATE ER						
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-B							
MEXILETINE HCL CAPSULES	MEXILETINE HCL						
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-C							
FLECAINIDE ACETATE TABLETS	TAMBOCOR						
PROPAFENONE HCL CAPSULE 12-HOUR	RYTHMOL SR						
PROPAFENONE HCL TABLETS	RYTHMOL						
ANTIARRÍTMICOS TIPO III							
AMIODARONE HCL TABLETS 100MG & 200MG	PACERONE						
DOFETILIDE CAPSULES	TIKOSYN				SE REQUIERE PA		
DRONEDARONE HCL TABLETS	MULTAQ				SE REQUIERE PA		
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES							
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIASMÁTICOS**							
BENRALIZUMAB SOLN AUTO-INJ	FASENRA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
BENRALIZUMAB SOLN PREF SYR	FASENRA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
OMALIZUMAB SOLUTION RECONSTITUTED	XOLAIR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
OMALIZUMAB SOLN AUTO-INJ	XOLAIR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
OMALIZUMAB SOLN PREF SYR	XOLAIR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS							
CROMOLYN SODIUM NEBULIZER	CROMOLYN SODIUM						
BRONCODILADORES - ANTICOLINÉRGICOS							
ACLIDINIUM BROMIDE	TUDORZA PRESSAIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
IPRATROPIUM BROMIDE HFA AEROSOL	ATROVENT HFA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
IPRATROPIUM BROMIDE SOLUTION	IPRATROPIUM BROMIDE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE AEROSOL SOLUTION	SPIRIVA RESPIMAT		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE CAPSULES	SPIRIVA HANDIHALER		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS							

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
MONTELUKAST SODIUM CHEWABLE TABLETS	SINGULAIR		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
MONTELUKAST SODIUM GRANULES	SINGULAIR			NO SE REQUIERE PA para menos de 4 años		30	30
MONTELUKAST SODIUM TABLETS	SINGULAIR		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
ESTEROIDES INHALADOS							
BECLOMETHASONE DIPROPIONATE	QVAR REDHALER	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
BUDESONIDE (INHALATION) SUSPENSION 0.25MG, 0.50MG & 1.0MG	PULMICORT	VARIOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
BUDESONIDE INHALATION POWDER	PULMICORT FLEXHALER	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE FUROATE (INHALATION) ARSL PWDR-BREATH ACTIVATE	ARNUITY	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE PROPIONATE HFA AERO	VARIOS	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE PROPIONATE ORAL INHALATION	VARIOS	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONE FUROATE HFA	ASMANEX HFA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONE FUROATE (INHALATION) AEPB	ASMANEX TWISTHALER	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
SIMPATOMIMÉTICOS							
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROVENTIL) (AG) (INHALATION)	NDC 00254100752 NDC 00781729685	Preferido Albuterol NDCs				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROVENTIL) (INHALATION)	NDC 00054074287 NDC 69097014260 NDC 72572001401 NDC 76282067942	Preferido Albuterol NDCs				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROAIR) (AG) (INHALATION)	NDC 00093317431	Preferido Albuterol NDCs				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROAIR) (INHALATION)	NDC 45802008801 NDC 68180096301	Preferido Albuterol NDCs				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (VENTOLIN) (AG) (INHALATION)	NDC 66993001968	Preferido Albuterol NDCs				
ALBUTEROL SULFATE NEBULIZED	ALBUTEROL SULFATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ALBUTEROL SULFATE SYRUP	ALBUTEROL SULFATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE AEROSOL	SYMBICORT	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO			3	90
FLUTICASONE-SALMETEROL AEROSOL	AIRDUO RESPICLICK	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			6	90
FLUTICASONE-SALMETEROL ARSL PWDR-BREATH ACTIVATE	ADVAIR DISKUS	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE-SALMETEROL AEROSOL	ADVAIR HFA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			3	90
MOMETASONE FUROATE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE AEROSOL	DULERA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			3	90
IPRATROPIUM-ALBUTEROL AEROSOL	COMBIVENT RESPIMAT		MEDICAMENTO PREFERIDO				
IPRATROPIUM-ALBUTEROL SOLUTION	DUONEB		MEDICAMENTO PREFERIDO				
SALMETEROL XINAFOATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	SEREVENT DISKUS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
SALMETEROL XINAFOATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	SEREVENT DISKUS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TIOTROPIUM BROMIDE-OLODATEROL HCL AEROSOL SOLUTION	STIOLTO RESPIMAT		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		1	30
UMECLIDINIUM-VILANTEROL AEROSOL POWDER	ANORO ELLIPTA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		1	30
ANTICOAGULANTES							
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS							
WARFARIN SODIUM TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA							
APIXABAN CAPSULE SPRINKLE	ELIQUIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			222	90
APIXABAN TABLET	ELIQUIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			180	90
APIXABAN TAB THER PACK	ELIQUIS STARTER PACK	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			74	365
APIXABAN TABLET SOLUBLE	ELIQUIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			222	90
RIVAROXABAN TABLET	XARELTO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			180	90
RIVAROXABAN TAB THER PACK	XARELTO STARTER PACK	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			51	30
HEPARINAS Y AGENTES SIMILARES A LOS HEPARINOIDES							

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ENOXAPARIN SODIUM INJ 100 MG/ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 120 MG/0.8ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 150 MG/ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 30 MG/0.3ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 300 MG/3ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 40 MG/0.4ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 60 MG/0.6ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 80 MG/0.8ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
HEPARIN (PORCINE) IN SODIUM CHLORIDE SOLUTION	HEPARIN SODIUM/NACL 0.9%						
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLUTION	HEPARIN SODIUM/D5W						
HEPARIN SODIUM (PORCINE) LOCK FLUSH & NACL LOCK FLUSH KIT	HEPARIN SODIUM LOCK FLUSH						
HEPARIN SODIUM (PORCINE) LOCK FLUSH SOLUTION	HEPARIN LOCK FLUSH						
INHIBIDORES DE LA TROMBINA							
DABIGATRAN ETEXILATE MESYLATE CAPSULES	PRADAXA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ANTICONVULSIVOS							
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES GLUTAMÉRGICOS AMPA**							
PERAMPANEL TABLET	FYCOMPA			SE REQUIERE PA			
PERAMPANEL SUSPENSION	FYCOMPA			SE REQUIERE PA			
ANTICONVULSIVOS - BENZODIACEPINAS							
CLOBAZAM SUSPENSION	ONFI			SE REQUIERE PA			
CLOBAZAM TABLETS	ONFI			SE REQUIERE PA			
CLONAZEPAM TAB 0.5 MG	KLONOPIN			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM TAB 1 MG	KLONOPIN			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM TAB 2 MG	KLONOPIN			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.125 MG	CLONAZEPAM ODT			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	CLONAZEPAM ODT			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	CLONAZEPAM ODT			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	CLONAZEPAM ODT			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	CLONAZEPAM ODT			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
DIAZEPAM (ANTICONVULSANT) GEL (10MG, 20MG)	VARIOS	SOLO GENÉRICO				2	30
DIAZEPAM (ANTICONVULSANT) LIQUID	VALTOCO					2	30
DIAZEPAM (ANTICONVULSANT) LIQD THER PACK	VALTOCO					2	30
MIDAZOLAM (ANTICONVULSANT) SOLUTION	NAYZILAM					2	30
ANTICONVULSIVOS - VARIOS							
BRIVARACETAM TABLET	BRIVIACT			SE REQUIERE PA			
BRIVARACETAM SOLUTION	BRIVIACT			SE REQUIERE PA			
CANNABIDIOL SOLUTION	EPIDIOLEX			SE REQUIERE PA			
CARBAMAZEPINE TABLET CHEWABLE	CARBAMAZEPINE						
CARBAMAZEPINE CAPSULE ER 12 HR	CARBATROL						
CARBAMAZEPINE CAPSULE ER 12 HR	CARBATROL						
CARBAMAZEPINE SUSPENSION	TEGRETOL						
CARBAMAZEPINE TABLET	EPITOL						
CARBAMAZEPINE TABLET ER 12HR	TEGRETOL-XR						
GABAPENTIN CAPSULE	NEURONTIN						
GABAPENTIN SOLUTION	NEURONTIN						
GABAPENTIN TABLET	NEURONTIN						
LACOSAMIDE SOLUTION	VIMPAT			SE REQUIERE PA			
LACOSAMIDE TABLET	VIMPAT			SE REQUIERE PA			
LAMOTRIGINE TABLET CHEWABLE	LAMICTAL CHEWABLE DISPERSIBLE						
LAMOTRIGINE SUSPENSION	SUBVENITE			SE REQUIERE PA para mayores de 10 años			
LAMOTRIGINE TABLET ER 24HR	LAMICTAL XR						
LAMOTRIGINE TABLET DISINTEGRATING	LAMICTAL ODT						
LEVETIRACETAM SOLUTION	KEPPRA						
LEVETIRACETAM TABLET	ROWEEPRA						
LEVETIRACETAM TABLET ER 24HR	KEPPRA XR						
OXCARBAZEPINE SUSPENSION	TRILEPTAL						
OXCARBAZEPINE TABLET	TRILEPTAL						
PREGABALIN CAPSULE (25MG, 50MG, 75MG, 100MG, 150MG, 200MG)	LYRICA					90.00	30.00

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
PREGABALIN CAPSULE (225MG, 300MG)	LYRICA					60.00	30.00
PREGABALIN SOLUTION	LYRICA					900	30
PRIMIDONE TABLET (20MG, 250MG)	MYSOLINE						
RUFINAMIDE SUSPENSION	BANZEL			SE REQUIERE PA			
RUFINAMIDE TABLET	BANZEL			SE REQUIERE PA			
TOPIRAMATE CAPSULE ER 24 HR	TROKENDI XR	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
TOPIRAMATE CAPSULE SPRINKLE (15MG, 25MG)	TOPAMAX SPRINKLE						
TOPIRAMATE CP24 SPRINKLE	QUDEXY XR			SE REQUIERE PA			
TOPIRAMATE TABLET	TOPAMAX						
ZONISAMIDE CAPSULE	ZONEGRAN						
ZONISAMIDE SUSPENSION	ZONISADE					180 ml	30
CARBAMATOS**							
CENOAMATE TABLET	XCOPRI			SE REQUIERE PA			
CENOAMATE TAB THER PACK	XCOPRI			SE REQUIERE PA			
FELBAMATE SUSPENSION	FELBATOL						
FELBAMATE TABLET	FELBATOL						
MODULADORES DE GABA**							
TIAGABINE HCL TABLET	GABTRIL			SE REQUIERE PA			
HIDANTOINAS**							
PHENYTOIN TABLET CHEWABLE	DILANTIN CHEWABLES						
PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAPSULE	DILANTIN/PHENYTEK ER						
PHENYTOIN SUSPENSION	DILANTIN-125						
SUCCINIMIDOS**							
ETHOSUXIMIDE CAPSULE	ZARONTIN						
ETHOSUXIMIDE SOLUTION	ZARONTIN						
METHSUXIMIDE CAPSULE	CELONTIN	SOLO DE MARCA					
ÁCIDO VALPROICO**							
DIVALPROEX SODIUM CAP DR SPRINKLE	DEPAKOTE SPRINKLES						
DIVALPROEX SODIUM TABLET ER 24HR	DEPAKOTE ER						
DIVALPROEX SODIUM TABLET ENTERIC COATED	DEPAKOTE						
VALPROATE SODIUM SOLUTION	VALPROATE SODIUM						
VALPROIC ACID CAPSULE	VALPROIC ACID						
ANTIDEPRESIVOS							
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA-2 (TETRACÍCLICOS)							
MIRTAZAPINE TABLETS	MIRTAZAPINE			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	REMERON SOLTAB			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
MODULADORES DE LOS RECEPTORES GABA - ESTEROIDE NEUROACTIVO**							
ZURANOLONE CAPSULE	ZURZUVAE			SE REQUIERE PA			
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)							
ESKETAMINE HYDROCHLORIDE	SPRAVATO			SE REQUIERE PA			
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NOREPINEFRINA (IRDN)							
BUPROPION HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		120	30
BUPROPION HCL TABLET 12-HOUR	BUDEPRION SR			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		60	30
BUPROPION HCL TABLET 24-HOUR (150MG & 300MG)	VARIOS			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRIS)							
CITALOPRAM HYDROBROMIDE SOLUTION	CELEXA			SE REQUIERE PA para edades menores a 6 años y mayores de 12 años		600	30
CITALOPRAM HYDROBROMIDE TABLETS	CELEXA			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		10mg: 60 20mg: 30 40mg: 30	30 30 30
ESCITALOPRAM OXALATE TABLETS	LEXAPRO			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		5mg: 60 10mg: 30 20mg: 30	30 30 30
FLUOXETINE HCL CAPSULES ONLY	PROZAC			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		10mg: 60 20mg: 120 40mg: 60	30 30 30
FLUOXETINE HCL SOLUTION	PROZAC			SE REQUIERE PA para edades menores a 6 años y mayores de 12 años		600	30
FLUOXETINE HCL TABLETS - WEEKLY	PROZAC WEEKLY			SE REQUIERE PA			
FLUVOXAMINE MALEATE TABLETS	LUVOX			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		25mg: 60 50mg: 180 100mg: 90	30 30 30
PAROXETINE HCL TABLETS	PAXIL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		10mg: 30 20mg: 30 30mg: 30 40mg: 45	30 30 30 30
SERTRALINE HCL CONCENTRATE	ZOLOFT			SE REQUIERE PA para edades menores a 6 años y mayores de 12 años		300	30
SERTRALINE HCL TABLETS	ZOLOFT			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		25mg: 90 50mg: 120 100mg: 60	30 30 30

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
MODULADORES DE LA SEROTONINA							
TRAZODONE HCL TABLETS	TRAZODONE HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		50mg: 90 100mg:120 150mg: 60 300mg 30	30 30 30 30
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRIS)							
DESVENLAFAXINE SUCCINATE TABLET ER 24HR	PRISTIQ			SE REQUIERE PA para menores de 6 años		90	90
DULOXETINE HCL CAPSULE DELAYED RELEASE 20MG, 30MG & 60MG	CYMBALTA 20MG, 30MG & 60MG			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		20mg: 120 30mg: 120 60mg: 60	30 30 30
VENLAFAXINE HCL CAPSULE CONTROLLED RELEASE	EFFEXOR XR			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		37.5mg: 90 75mg: 90 150mg: 30	30 30 30
VENLAFAXINE HCL TABLETS - IMMEDIATE RELEASE ONLY	VENLAFAXINE HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		25mg: 120 37.5mg: 90 50mg: 90 75mg: 150 100mg: 90	30 30 30 30 30
AGENTES TRICÍCLICOS							
AMITRIPTYLINE HCL TABLETS	AMITRIPTYLINE HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
AMOXAPINE TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
CLOMIPRAMINE HCL CAPSULES	ANAFRANIL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
DESIPRAMINE HCL TABLETS	NORPRAMIN			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
DOXEPIN HCL CAPSULES	DOXEPIN HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		90	30
DOXEPIN HCL CONCENTRATE	DOXEPIN HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		180	30
IMIPRAMINE PAMOATE CAPSULES	TORFRANIL-PM			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
IMIPRAMINE HCL TABLETS	TOFRANIL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
MAPROTILINE HCL	VARIOS			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
NORTRIPTYLINE HCL CAPSULES	PAMELOR			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
NORTRIPTYLINE HCL SOLUTION	NORTRIPTYLINE HCL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
PROTRIPTYLINE HCL TABLETS	VIVACTIL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
TRIMIPRAMINE MALEATE	SURMONTIL			SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años			
ANTIDIABÉTICOS							
INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA							
ACARBOSE TABLETS	PRECOSE						
ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA							
PRAMLINTIDE ACETATE SOLUTION PEN INJECTION	SYMLINPEN 60		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS							
ALOGLIPTIN-METFORMIN	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL-METFORMIN HCL TABLET ER 24HR	XIGDUO XR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
EMPAGLIFLOZIN-LINAGLIPTIN-METFORMIN	TRIJARDY XR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL	SYNJARDY	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLETS	JENTADUETO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TABLETS	ACTOPLUS MET						
SITAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLETS	JANUMET	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
SITAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLET 24-HOUR	JANUMET XR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
BIGUANIDAS							
METFORMIN HCL TABLETS	GLUCOPHAGE						
METFORMIN HCL TABLET 24-HOUR (GENERIC OF GLUCOPHAGE XR ONLY-500MG & 750MG)	VARIOS			SE REQUIERE PA para productos osmóticos y de liberación modificada			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
OTROS ANTIDIABÉTICOS							
DASIGLUCAGON HCL SOLN AUTO-INJ	ZEGALOGUE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			1	30
DASIGLUCAGON HCL SOLN PREF SYR	ZEGALOGUE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			2	30
DIAZOXIDE SUSPENSION							
GLUCAGON POWDER	PROGLYCEM BAQSIMI	SOLO DE MARCA SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			2	30
GLUCAGON SOLUTION RECONSTITUTED	GLUCAGON EMERGENCY KIT (BY AMPHASTAR) KORLYM	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			2	30
MIFEPRISTONE (HYPERGLYCEMIA) TABLET				SE REQUIERE PA			
INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)							
ALOGLIPTIN BENZOATE TABLETS	NESINA		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
LINAGLIPTIN TABLETS	TRADJENTA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
SITAGLIPTIN PHOSPHATE TABLETS	JANUVIA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)							
DULAGLUTIDE SOLUTION PEN-INJECTION	TRULICITY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
EXENATIDE SOLUTION PEN INJECTION	BYETTA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
LIRAGLUTIDE SOLN PEN-INJ	VICTOZA	MARCA Y SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES DIVERSOS PARA DIABÉTICOS							
PRAMLINTIDE	SYMLIN PEN		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES SENSIBILIZADORES A LA INSULINA							
INSULIN DEGLUDEC SOLUTION	TRESIBA	SOLO DE MARCA					
INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJ	TRESIBA	SOLO DE MARCA					
PIOGLITAZONE HCL TABLETS	ACTOS						
INSULINA							
INSULIN LISPRO (HUMAN) SOLUTION	HUMALOG	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN LISPRO (HUMAN) SOLUTION PEN INJECTION 100/ML	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN LISPRO (HUMAN) SOLUTION PEN INJECTION 100/ML	HUMALOG KWIKPEN	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN NPH ISOPHANE & REG (HUMAN) SUSPENSION	HUMULIN 70/30	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN NPH ISOPHANE & REG (HUMAN) SUSPENSION	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) SUSPENSION	HUMULIN N	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLUTION PEN INJECTION	HUMULIN N KWIKPEN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLUTION	HUMULIN R U-100	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLUTION	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLUTION PEN-INJECTION	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
INSULIN GLARGINE SOLUTION	LANTUS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN GLARGINE SUSPENSION	LANTUS SOLOSTAR	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN NPH ISOPHANE & REG (HUMAN) SUSPENSION	NOVOLIN 70/30	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) SUSPENSION	NOVOLIN N	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLUTION	NOVOLIN R	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART SOLUTION	NOVOLOG	MARCA Y SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART SOLUTION PEN-INJECTION	NOVOLOG FLEXPEN	MARCA Y SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART PROTAMINE & ASPART (HUMAN) SUSPENSION (70/30)	NOVOLOG MIX 70/30	MARCA Y SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART PROTAMINE & ASPART (HUMAN) SUSPENSION PEN INJECTION (70/30)	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	MARCA Y SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART SOLUTION CARTRIDGE	NOVOLOG PENFILL	MARCA Y SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
ANÁLOGOS DE LA MEGLITINIDA							
NATEGLINIDE TABLETS	STARLIX						
REPAGLINIDE TABLETS	PRANDIN						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
SGLT2S							
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	FARXIGA		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
EMPAGLIFLOZIN	JARDIANCE		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
SULFONILUREAS							
GLIMEPIRIDE TABLETS (1MG, 2MG, 4MG)	AMARYL						
GLIPIZIDE TABLETS	GLUCOTROL						
GLIPIZIDE TABLET 24-HOUR	GLUCATROL XL						
GLYBURIDE MICRONIZED TABLETS	GLYNASE						
GLYBURIDE TABLETS	DIABETA						
ANTIDIARRÉICOS							
AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS							
DIPHENOXYLATE W/ ATROPINE LIQUID	DIPHENOXYLATE/ATROPINE						
DIPHENOXYLATE W/ ATROPINE TABLETS	LOMOTIL						
LOPERAMIDE HCL CAPSULES	LOPERAMIDE HCL						
LOPERAMIDE HCL CHEWABLE TABLETS	IMODIUM A-D						
LOPERAMIDE HCL LIQUID	LOPERAMIDE HCL						
LOPERAMIDE HCL SUSPENSION	IMODIUM A-D						
LOPERAMIDE HCL TABLETS	IMODIUM A-D						
ANTIDOTOS							
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS							
NALOXONE HCL SOLUTION + SYRINGE	NALOXONE HCL + SYRINGE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NALOXONE	KLOXXADO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
NALOXONE HCL NASAL SPRAY	NARCAN NASAL SPRAY/REXTOVY NASAL SPRAY	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			2	1
ANTIEMÉTICOS							
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES 5-HT3							
DOLASETRON MESYLATE TABLETS	ANZEMET			SE REQUIERE PA			
GRANISETRON HCL SOLUTION	VARIOS			SE REQUIERE PA			
GRANISETRON HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA			
ONDANSETRON SOLUTION	VARIOS			SE REQUIERE PA para comprimidos > 8 mg por dosis	300	30	
ONDANSETRON HCL ODT TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para comprimidos > 8 mg por dosis	60	30	
ONDANSETRON HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para comprimidos > 8 mg por dosis	60	30	
ANTIEMÉTICOS VARIOS							
PROCHLORPERAZINE MALEATE TABLETS	COMPАЗINE						
PROCHLORPERAZINE SUPPOSITORY	COMPАЗINE						
SUSTANCIA P/ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE NEUROQUININA 1 (NK1)							
APREPITANT CAPSULES	EMEND					6	21
ANTIMICÓTICOS							
ANTIFÚNGICOS ORALES							
CLOTRIMAZOLE TROCHE	VARIOS						
GRISEOFULVIN SUSPENSION	VARIOS						
GRISEOFULVIN MICROSIZED TABLETS	GRIFULVIN V						
NYSTATIN SUSPENSION	NYSTATIN						
NYSTATIN TABLETS	NYSTATIN						
TERBINAFINE HCL TABLETS	LAMISIL					90	365
ANTIFÚNGICOS RELACIONADOS CON LOS IMIDAZOLES							
FLUCONAZOLE SUSPENSION RECONSTITUTED (10MG/ML)	DIFLUCAN					600	30
FLUCONAZOLE SUSPENSION RECONSTITUTED (40MG/ML)	DIFLUCAN					300	30
FLUCONAZOLE TABLET (50MG, 100MG, 200MG)	DIFLUCAN					60	30
FLUCONAZOLE TABLET (150MG)	DIFLUCAN					3	30
POSACONAZOLE TABLET ENTERIC COATED	NOXAFIL	GENÉRICOS AUTORIZADOS Y FORMULACIONES GENÉRICAS		SE REQUIERE PA			
VORICONAZOLE TABLET	VFEND			SE REQUIERE PA			
VORICONAZOLE SUSPENSION	VFEND	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
ANTIHISTAMÍNICOS							
ANTIHISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS							
BROMPHENIRAMINE MALEATE	J-TAN PD						
CHLORPHENIRAMINE MALEATE	CHLORPHENIRAMINE MALEATE						
DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE SYRUP	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE						
ANTIHISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS							
CLEMASTINE FUMARATE SYRUP	CLEMASTINE FUMARATE						
CLEMASTINE FUMARATE TABLETS	CLEMASTINE FUMARATE						
DIPHENHYDRAMINE HCL CAPSULES	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL CHEWABLE TABLETS	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL LIQUID	VARIOS						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
DIPHENHYDRAMINE HCL SOLUTION	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL SUSPENSION	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL SYRUP	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL TABLETS	VARIOS						
ANTIISTAMINICOS - NO SEDANTES							
CETIRIZINE HCL SOLUTION	VARIOS					150	30
CETIRIZINE HCL TABLETS	VARIOS					30	30
CETIRIZINE HCL ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	ZYRTEC ALLERGY					30	30
FEXOFENADINE HCL TABLET DISINTEGRATING (60mg)	WAL-FEX ALLERGY 12 HOUR					60	30
FEXOFENADINE HCL TABLET DISINTEGRATING (180mg)	WAL-FEX ALLERGY 12 HOUR					30	30
FEXOFENADINE HCL TABLETS	ALLEGRA ALLERGY CHILDRENS					30	30
FEXOFENADINE HCL ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	ALLEGRA ALLERGY CHILDRENS					30	30
LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE TABLET	LEVOCETIRIZINE					30	30
LORATADINE CHEWABLE TABLETS	CLARITIN					30	30
LORATADINE SYRUP	CLARITIN					150	30
LORATADINE TABLETS	ALAVERT					30	30
LORATADINE TABLET DISINTEGRATING (5MG)	CLARITIN REDITABS					30	30
ANTIISTAMINICOS - FENOTIAZINAS							
PROMETHAZINE HCL SUPPOSITORY	PHENERGAN						
PROMETHAZINE HCL TABLETS	PROMETHAZINE HCL						
ANTIISTAMINICOS - PIPERIDINAS							
CYPROHEPTADINE HCL SYRUP	CYPROHEPTADINE HCL						
CYPROHEPTADINE HCL TABLETS	CYPROHEPTADINE HCL						
ANTIHIPERLIPIDEMICOS							
SECUESTRADORES DE ACIDOS BILIARES							
CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKETS	PREVALITE						
CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	PREVALITE						
CHOLESTYRAMINE PACKETS	QUESTRAN						
CHOLESTYRAMINE POWDER	QUESTRAN						
COLESTIPOL HCL TABLETS	COLESTID						
DERIVADOS DEL ACIDO FIBRICO							
FENOFIBRATE MICRONIZED CAPSULES 67MG, 134MG & 200MG	VARIOS						
FENOFIBRATE TABLETS 48MG, 54MG, 145MG & 160MG	VARIOS						
FENOFIBRIC ACID TABLETS	FIBRICOR						
GEMFIBROZIL TABLETS	LOPID						
INHIBIDORES DE LA COA REDUCTASA HMG							
ATORVASTATIN CALCIUM TABLETS	LIPITOR		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
LOVASTATIN TABLETS	MEVACOR		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
PRAVASTATIN SODIUM TABLETS	PRAVACOL		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
ROUVASTATIN TABLETS	CRESTOR		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
SIMVASTATIN TABLETS	ZOCOR		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN INTESTINAL DEL COLESTEROL							
EZETIMIBE TABLETS	ZETIA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
DERIVADOS DEL ACIDO NICOTÍNICO							
NIACIN CAPSULE CONTROLLED RELEASE	VARIOS						
NIACIN TABLET CONTROLLED RELEASE	VARIOS						
VARIOS SUSTANCIAS NUTRITIVAS							
OMEGA-3 FATTY ACIDS CAPSULES	ACEITE DE PESCADO						
OMEGA-3 FATTY ACIDS CAPSULE DELAYED RELEASE	ACEITE DE PESCADO						
ANTIHIPERTENSIVOS							
INHIBIDORES DE LA ACE							
BENAZEPRIL HCL TABLETS	BENAZEPRIL HCL						
ENALAPRIL MALEATE SOLUTION	EPANED						
ENALAPRIL MALEATE TABLETS	VARIOS						
LISINOPRIL TABLETS	ZESTRIL						
RAMIPRIL CAPSULES	ALTACE						
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II							
IRBESARTAN TABLETS	AVAPRO						
LOSARTAN POTASSIUM TABLETS	COZAAR						
TELMISARTAN TABLET	MICARDIS						
VALSARTAN TABLETS	DIOVAN						
ANTIHIPERTENSIVOS ANTIADRENÉRGICOS							
CLONIDINE HCL PATCH-WEEKLY	CATAPRES-TTS-1				SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años	4	28
CLONIDINE HCL TABLETS	CATAPRES						
CLONIDINE HCL (ADHD) TABLET 12-HOUR	CLONIDINE ER				SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años	120	30
DOXAZOSIN MESYLATE TABLETS	CARDURA						
GUANFACINE HCL TABLETS	TENEX						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
GUANFACINE HCL (ADHD) TABLET 24-HOUR	GUANFACINE ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para personas menores de 6 años		30	30
METHYLDOPA TABLETS	METHYLDOPA						
PRazosin HCL CAPSULES	MINIPRESS						
TERAZOSIN HCL CAPSULES	TERAZOSIN HCL						
COMBINACIONES ANTIHIPERTENSIVAS							
AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAPSULE	LOTREL						
AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TABLET	EXFORGE						
ATENOLOL & CHLORTHALIDONE TABLETS	VARIOS						
BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLET	LOTENSIN HCT						
BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLET	ZIAC						
CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLET (25-15MG, 50-15MG)	CAPTOPRIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE						
ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ENALAPRIL MALEATE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE						
IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLET	AVALIDE						
LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ZESTORETIC						
LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	HYZAAR						
MOEXIPRIL - HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	UNIRETIC						
QUINAPRIL - HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ACCURETIC						
VALSARTAN - HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	DIOVAN HCT						
ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ALDOSTERONA (SARAS)							
EPLERENONE TABLETS	INSPRA			SE REQUIERE PA			
VASODILADORES							
HYDRALAZINE HCL TABLETS	HYDRALAZINE HCL						
MINOXIDIL TABLETS	MINOXIDIL						
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - VARIOS							
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - VARIOS							
METRONIDAZOLE TABLET (250MG, 500MG)	FLAGYL						
METRONIDAZOLE SUSPENSION	LIKMEZ			NO SE REQUIERE PA PARA MENORES DE 10 AÑOS			
TINIDAZOLE	VARIOS						
TRIMETHOPRIM TABLETS	TRIMETHOPRIM						
VANCOMYCIN HCL CAPSULES	VANCOGIN HCL						
VANCOMYCIN HCL SOLUTION RECONSTITUTED	VARIOS						
ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES							
ERYTHROMYCIN-SULFISOXAZOLE SUSPENSION	E.S.P.						
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSPENSION	SULFATRIM PEDIATRIC						
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TABLETS	BACTRIM						
LEPROSTATICOS							
DAPSONE TABLETS	DAPSONE						
OXAZOLIDINONAS							
LINEZOLID SUSPENSION	ZYVOX			SE REQUIERE PA			
LINEZOLID TABLETS	ZYVOX			SE REQUIERE PA			
ANTIMALÁRICOS							
COMBINACIONES ANTIPALÚDICAS							
ARTEMETHER-LUMEFANTRINE TABLETS	COARTEM						
ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TABLETS	MALARONE						
ANTIMALÁRICOS							
CHLOROQUINE PHOSPHATE TABLETS	CHLOROQUINE PHOSPHATE						
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TABLETS	PLAQUENIL						
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABLETS	PRIMAQUINE PHOSPHATE						
QUININE SULFATE CAPSULES	QUALAQUIN						
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS							
ETHAMBUTOL HCL TABLETS	MYAMBUTOL						
ISONIAZID SYRUP	ISONIAZID						
ISONIAZID TABLETS	ISONIAZID						
PYRAZINAMIDE TABLETS	PYRAZINAMIDE						
RIFAMPIN CAPSULES	RIFADIN						
ONCOLOGÍA - LOS AGENTES ANTINEOPLÁSICOS REEMBOLSABLES A NIVEL FEDERAL, NO INCLUIDOS EN LA SIGUIENTE LISTA, ESTÁN DISPONIBLES MEDIANTE AUTORIZACIÓN PREVIA							
AGENTES ALQUILADORES							
MELPHALAN TABLETS	ALKERAN			No cubierto por AHCCCS. Comuníquese con Waylis Pharmaceuticals para el programa de asistencia al paciente. Número de la línea gratuita: 1-800-689-0255			
ANTIMETABOLITOS							
MERCAPTOPYRINE TABLETS	PURINETHOL						
METHOTREXATE SODIUM TABLETS	METHOTREXATE						
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS							
RITUXIMAB-ABBS	RIABNI			SE REQUIERE PA			
RITUXIMAB-PVVR	RUXIENCE			SE REQUIERE PA			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA ANGIOGÉNESIS							
BEVACIZUMAB-AWWB INJECTION	MVASI			SE REQUIERE PA			
BEVACIZUMAB-BVZR INJECTION	ZIRABEV			SE REQUIERE PA			
ANTINEOPLÁSTICOS - AGENTES ANTI-HER2							
TRASTUZUMAB-ANNS SOLUTION	KANJINTI			SE REQUIERE PA			
TRASTUZUMAB-ANNS INJECTION	KANJINTI			SE REQUIERE PA			
TRASTUZUMAB-DKST INJECTION	OGIVRI			SE REQUIERE PA			
TRASTUZUMAB-PKRB INJECTION	HERZUMA			SE REQUIERE PA			
TRASTUZUMAB-QYYP INJECTION	TRAZIMERA			SE REQUIERE PA			
ANTINEOPLÁSTICOS - AGENTES HORMONALES Y AFINES							
ANASTROZOLE TABLETS	ARIMIDEX			SE REQUIERE PA			
EXEMESTANE TABLETS	AROMASIN			SE REQUIERE PA			
FLUTAMIDE CAPSULE	EULEXIN			No cubierto por AHCCCS. Comuníquese con Waylis Pharmaceuticals para el programa de asistencia al paciente. Número de la línea gratuita: 1-800-689-0255			
LEUPROLIDE ACETATE KIT	LUPRON DEPOT			SE REQUIERE PA			
TAMOXIFEN CITRATE TABLETS	TAMOXIFEN CITRATE						
TOREMIFENE CITRATE TABLETS	FARESTON			SE REQUIERE PA			
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES ENZIMÁTICOS							
AXITINIB TABLETS	INLYTA			SE REQUIERE PA			
CRIZOTINIB CAPSULES	XALKORI			SE REQUIERE PA			
CRIZOTINIB CAPSULE SPRINKLE	XALKORI			SE REQUIERE PA			
DASATINIB TABLETS	SPRYCEL			SE REQUIERE PA			
ERLOTINIB HCL TABLETS	TARCEVA			SE REQUIERE PA			
EVEROLIMUS SOLUBLE TABLET	AFINITOR DISPERZ			SE REQUIERE PA			
GEFITINIB TABLETS	IRESSA			SE REQUIERE PA			
IBRUTINIB CAPSULES	IMBRUVICA			SE REQUIERE PA			
IBRUTINIB SUSPENSION	IMBRUVICA			SE REQUIERE PA			
IMATINIB MESYLATE TABLETS	GLEEVEC			SE REQUIERE PA			
LAPATINIB DITOSYLATE TABLETS	TYKERB			SE REQUIERE PA			
NILOTINIB HCL CAPSULES	TASIGNA			SE REQUIERE PA			
PONATINIB HCL TABLETS	ICLUSIG			SE REQUIERE PA			
RUXOLITINIB PHOSPHATE TABLETS	JAKAFI			SE REQUIERE PA			
SORAFENIB TOSYLATE TABLETS	NEXAVAR			SE REQUIERE PA			
SUNITINIB MALATE CAPSULES	SUTENT			SE REQUIERE PA			
VANDETANIB TABLETS	CAPRELSA			SE REQUIERE PA			
VEMURAFENIB TABLETS	ZELBORAF			SE REQUIERE PA			
VORINOSTAT CAPSULES	ZOLINZA			SE REQUIERE PA			
ANTINEOPLÁSTICOS - VARIOS							
BEXAROTENE CAPSULES	VARIOS			SE REQUIERE PA			
HYDROXYUREA CAPSULES	HYDREA						
INTERFERON ALFA-2B SOLUTION	INTRON A			SE REQUIERE PA			
INTERFERON ALFA-2B SOLUTION	INTRON A			SE REQUIERE PA			
INTERFERON ALFA-N3 SOLUTION	ALFERON N			SE REQUIERE PA			
INTERFERON GAMMA-1B SOLUTION	ACTIMMUNE			SE REQUIERE PA			
PEGINTERFERON ALFA-2B (ANTINEOPLASTIC) KIT	SYLATRON			SE REQUIERE PA			
PROCARBAZINE HCL CAPSULES	MATULANE						
TRETINOIN (CHEMOTHERAPY) CAPSULES	TRETINOIN			SE REQUIERE PA para mayores de 26 años			
AGENTES QUIMIOTERAPÉUTICOS DE RESCATE/ANTÍDOTOS							
LEUCOVORIN CALCIUM TABLETS	LEUCOVORIN CALCIUM			SE REQUIERE PA			
INHIBIDORES MITÓTICOS							
ETOPOSIDE CAPSULES	ETOPOSIDE			SE REQUIERE PA			
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS							
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS							
BENZTROPINE MESYLATE TABLETS	BENZTROPINE MESYLATE						
TRIHEXYPHENIDYL HCL ELIXIR	TRIHEXYPHENIDYL HCL						
TRIHEXYPHENIDYL HCL TABLETS	TRIHEXYPHENIDYL HCL						
ANTIPARKINSONIANOS INHIBIDORES DE LA COMT							
ENTACAPONE TABLETS	COMTAN						
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS							
AMANTADINE HCL CAPSULES	AMANTADINE HCL						
AMANTADINE HCL SYRUP	AMANTADINE HCL						
BROMOCRIPTINE MESYLATE CAPSULES	PARLODEL						
BROMOCRIPTINE MESYLATE TABLETS	PARLODEL						
CARBIDOPA-LEVODOPA TABLETS	SINEMET						
CARBIDOPA-LEVODOPA ER TABLETS	VARIOS						
PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TABLETS	MIRAPEX						
ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TABLETS	REQUIP						
ANTIPSIKÓTICOS/ANTIMANIÁCOS							
ANTIMANIÁCOS							

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
LITHIUM CARBONATE CAPSULES	LITHIUM CARBONATE			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
LITHIUM CARBONATE TABLETS	LITHIUM CARBONATE			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
LITHIUM CARBONATE TABLET CONTROLLED RELEASE	LITHOBID			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
LITHIUM SOLUTION	LITHIUM			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
ANTIPSICÓTICOS							
ANTIPSICÓTICOS - SEGUNDA GENERACIÓN - AGENTES ORALES ATÍPICOS							
ARIPIRAZOLE SOLUTION	ABILIFY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		750	30
ARIPIRAZOLE TABLETS	ABILIFY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		30	30
CLOZAPINE ORALLY DISPERSABLE TABLET	FAZACLO		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		150	30
CLOZAPINE TABLETS	CLOZARIL		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		150	30
LURASIDONE HCL TABS	LATUDA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		30	30
OLANZAPINE ORALLY DISPERSABLE TABLET	ZYPREXA ZYDIS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		5mg: 60 10mg: 60 15MG: 30 20mg: 30	30 30 30 30
OLANZAPINE TABLETS	ZYPREXA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		30	30
QUETIAPINE FUMARATE TABLETS	SEROQUEL		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		60	30
RISPERIDONE ORALLY DISPERSABLE TABLET	RISPERIDONE ODT		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		60	30

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
RISPERIDONE ORAL SOLUTION	RISPERDAL		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		240	30
RISPERIDONE TABLETS	RISPERDAL		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		60	30
ZIPRASIDONE HCL CAPSULES	GEODON		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		60	30
ANTIPIPSICÓTICOS - SEGUNDA GENERACIÓN - ATÍPICOS - INYECCIONES DE ACCIÓN PROLONGADA							
ARIPIRAZOLE LAUROXIL	ARISTADA INITIO		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		2	365
ARIPIRAZOLE LAUROXIL	ARISTADA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		1	30
ARIPIRAZOLE SUSPENSION	ABILIFY MAINTENA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		1	30
ARIPIRAZOLE SUSPENSION	ABILIFY ASIMTUFI		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		1	60
PALIPERIDONE PALMITATE SUSPENSION	INVEGA HAFYE		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		1	170
PALIPERIDONE PALMITATE SUSPENSION	INVEGA SUSTENNA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		1	30
PALIPERIDONE PALMITATE SUSPENSION	INVEGA TRINZA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		1	90
RISPERIDONE INJECTABLE SUSPENSION	UZEDY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		50MG: 1 75MG: 1 100MG: 1 125MG: 1 150MG: 1 200MG: 1 250MG: 1	30 30 30 30 60 60 60
RISPERIDONE MICROSPHERES SUSPENSION	RISPERDAL CONSTA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.		2	28
RISPERIDONE PREFILLED SYRINGE	PERSERIS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado		2	28

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
				por los Contratistas de la MCO.			
ANTIPICÓTICOS - PRIMERA GENERACIÓN - TÍPICOS ORALES							
CHLORPROMAZINE HCL SOLUTION	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
CHLORPROMAZINE HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
FLUPHENAZINE HCL CONCENTRATE	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
FLUPHENAZINE HCL ELIXIR	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
FLUPHENAZINE HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
HALOPERIDOL LACTATE CONCENTRATE	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
HALOPERIDOL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
LOXAPINE SUCCINATE CAPSULES	LOXITANE			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
MOLINDONE	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
PERPHENAZINE TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
PIMOZIDE	ORAP			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
THIORIDAZINE HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
THIOTHIXENE CAPSULES	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
TRIFLUOPERAZINE HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 12 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 6 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
ANTIPSICÓTICOS - PRIMERA GENERACIÓN - TÍPICOS - INYECCIONES DE ACCIÓN PROLONGADA							
FLUPHENAZINE DECANOATE SOLUTION	FLUPHENAZINE DECANOATE			SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
HALOPERIDOL DECANOATE SOLUTION	HALDOL DECANOATE 50			SE REQUIERE PA para menores de 18 años La autorización previa NO SE REQUIERE para edades de 18 años y mayores cuando son prescritos por un clínico psiquiátrico, un pediatra del desarrollo u otros profesionales que prescriben según lo aprobado por los Contratistas de la MCO.			
ANTIVIRALES							
ANTIRRETROVIRALES							
ABACAVIR SULFATE SOLUTION	ZIAGEN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ABACAVIR SULFATE TABLETS	ZIAGEN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE TABLETS	EPZICOM		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLETS	TRIZIVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE TABLETS	TRIUMEQ		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE SUSPENSION	TRIUMEQ PD		MEDICAMENTO PREFERIDO			180	30
ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE TABLETS	TRIUMEQ		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ATAZANAVIR SULFATE CAPSULES	REYATAZ		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ATAZANAVIR SULFATE POWDER PACK	REYATAZ		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ATAZANAVIR SULFATE-COBICISTAT TABLETS	EVOTAZ		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE-TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATE TABLETS	BIKTARVY		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
COBICISTAT TABLETS	TYBOST		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
DARUNAVIR ETHANOLATE SUSPENSION	PREZISTA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DARUNAVIR ETHANOLATE TABLETS	PREZISTA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DARUNAVIR-COBICISTAT TABLETS	PREZCOBIX		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DARUNAVIR-COBICISTAT-EMTRICITABINE-TENOFOVIR ALAFENAMIDE TABLETS	SYM TUZA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DELAVIRDINE MESYLATE TABLETS	RESCRIPTOR						
DOLUTEGRAVIR SODIUM TABLETS	TIVICAY		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DOLUTEGRAVIR SODIUM SOLUBLE TABLETS	TIVICAY PD		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DOLUTEGRAVIR SODIUM-LAMIVUDINE TABLETS	DOVATO		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DOLUTEGRAVIR SODIUM-RILPIVIRINE HCL TABLETS	JULUCA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DORAVIRINE-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TABLETS	DELSTRIGO		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DORAVIRINE TABLETS	PIFELTRO		MEDICAMENTO PREFERIDO				
EFAVIRENZ CAPSULES	SUSTIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
EFAVIRENZ TABLETS	SUSTIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TABLETS	SYMFI	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TABLETS	SYMFI LO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
ELVITEGRAVIR TABLETS	VITEKTA						
ELVITEGRAVIR-COBICISTAT-EMTRICITABINE-TENOFOVIR TABLETS	STRIBILD		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ELVITEGRAVIR-COBICISTAT-EMTRICITABINE-TENOFOVIR ALAFENAMIDE TABLETS	GENVOYA		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
EMTRICITABINE CAPSULES	EMTRIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
EMTRICITABINE SOLUTION	EMTRIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO				

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATE TABLETS	ODEFSEY		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TABLETS	COMPLERA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
EMTRICITABINE-TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATE TABLETS	DESCOVY		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TABLETS	TRUVADA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ENFUVRTIDE SOLUTION	FUZEON		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		1	30
FOSAMPRENAVIR CALCIUM SUSPENSION	LEXIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FOSAMPRENAVIR CALCIUM TABLETS	LEXIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
INDINAVIR SULFATE CAPSULES	CRIVAN						
LAMIVUDINE SOLUTION	EPIVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LAMIVUDINE TABLETS	EPIVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLETS	COMBIVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LOPINAVIR-RITONAVIR SOLUTION	KALETRA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LOPINAVIR-RITONAVIR TABLETS	KALETRA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MARAVIROC TABLETS	SELZENTRY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
NEVIRAPINE SUSPENSION	VIRAMUNE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NEVIRAPINE TABLETS	VIRAMUNE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NEVIRAPINE TABLET 24-HOUR	VIRAMUNE XR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RALTEGRAVIR POTASSIUM CHEWABLE TABLETS	ISENTRESS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RALTEGRAVIR POTASSIUM PACK	ISENTRESS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RALTEGRAVIR POTASSIUM TABLETS	ISENTRESS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RILPIVIRINE HCL TABLET	EDURANT		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RITONAVIR CAPSULES	NORVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RITONAVIR SOLUTION	NORVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RITONAVIR TABLETS	NORVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
RITONAVIR POWDER	NORVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE POWDER	VIREAD		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ZIDOVUDINE CAPSULES	RETROVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ZIDOVUDINE SYRUP	RETROVIR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ZIDOVUDINE TABLETS	ZIDOVUDINE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
AGENTES CMV							
CIDOFOVIR IV	VISTIDE			SE REQUIERE PA			
FOSCARENT SODIUM	FOSCAVIR			SE REQUIERE PA			
GANCICLOVIR SODIUM	CYTOVENE			SE REQUIERE PA			
MARIBAVIR TABLETS	LIVTENCITY			SE REQUIERE PA			
VALGANCICLOVIR HCL SOLUTION	VALCYTE			SE REQUIERE PA			
VALGANCICLOVIR HCL TABLETS	VALCYTE			SE REQUIERE PA			
AGENTES PARA LA HEPATITIS B							
ADEFOVIR DIPIVOXIL TABLETS	HEPSERA			SE REQUIERE PA			
ENTECAVIR SOLUTION	BARACLUDE			SE REQUIERE PA			
ENTECAVIR TABLETS	BARACLUDE			SE REQUIERE PA			
LAMIVUDINE (HBV) SOLUTION	EPIVIR HBV						
LAMIVUDINE (HBV) TABLETS	EPIVIR HBV						
AGENTES PARA LA HEPATITIS C							
GLECAPREVIR-PIBRENTASVIR TABLETS	MAVYRET		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA si el miembro ha sido tratado anteriormente con regímenes antivirales de acción directa (DAA) para la hepatitis C en el pasado.		168	Por vida
GLECAPREVIR-PIBRENTASVIR PACKETS	MAVYRET		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA si el miembro ha sido tratado anteriormente con regímenes antivirales de acción directa (DAA) para la hepatitis C en el pasado.		280	Por vida
PEGINTERFERON ALFA-2A SOLUTION	PEGASYS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGINTERFERON ALFA-2B KIT	PEGINTRON		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
RIBAVIRIN (HEPATITIS C) CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
RIBAVIRIN (HEPATITIS C) TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TABLETS	EPCLUSA	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA si el miembro ha sido tratado anteriormente con regímenes antivirales de acción directa (DAA) para la hepatitis C en el pasado.		168	Por vida
AGENTES PARA EL HERPES							
ACYCLOVIR SUSPENSION	VARIOS						
ACYCLOVIR TABLETS	VARIOS						
FAMCICLOVIR TABLETS	FAMVIR			SE REQUIERE PA			
VALACYCLOVIR HCL TABLETS	VALTREX			SE REQUIERE PA			
AGENTES ANTIGRIPALES							
OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAPSULES	TAMIFLU					20	270
OSELTAMIVIR PHOSPHATE SUSPENSION	TAMIFLU						
RIMANTADINE HYDROCHLORIDE TABLETS	FLUMADINE						
ZANAMIVIR AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	RELENZA DISKHALER					40	270
ANTIVIRALES VARIOS							
MOLNUPIRAVIR CAPSULES	LAGEVRIO			Edad mínima del paciente: 18 años		80	365
NIRMATRELVIR-RITONAVIR	PAXLOVID			Edad mínima del paciente: 12 años		60	365
REMSDESIVIR SOLUTION	VEKLURY						
REMSDESIVIR FOR SOLUTION	VEKLURY						
DIVERSAS CLASES							
HEMODERIVADOS - INMUNOGLOBULINAS							
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-HIPPO SOLUTION	CUTAQUIG	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV OR SUBCUTANEOUS SOLUTION	GAMMAGARD/GAMMAKED/GAMUNEX-C	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLUTION	BIVIGAM/GAMMAPLEX/FLEBOGAMMA/OC TAGAM/PRIVIGEN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) IV SOLUTION RECONSTITUTED	GAMMAGARD S/D IGA LESS THAN 1MCG/ML	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS SOLUTION	HIZENTRA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN) SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR	HIZENTRA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN (HUMAN)-KLHW SOLUTION	XEMBIFY	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES QUELANTES							
PENICILLAMINE CAPSULES	CUPRIMINE						
INMUNOMODULADORES							
LENALIDOMIDE CAPSULE	REVLIMID	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
AGENTES INMUNOSUPRESORES							
AZATHIOPRINE TABLETS	IMURAN						
CYCLOSPORINE CAPSULES	SANDIMMUNE						
CYCLOSPORINE MODIFIED (FOR MICROEMULSION) CAPSULES	GENGRAF						
CYCLOSPORINE MODIFIED (FOR MICROEMULSION) SOLUTION	GENGRAF						
CYCLOSPORINE SOLUTION	SANDIMMUNE						
EVEROLIMUS (IMMUNOSUPPRESSANT) TABLETS	ZORTRESS			SE REQUIERE PA			
MYCOPHENOLATE MOFETIL CAPSULES	CELLCEPT						
MYCOPHENOLATE MOFETIL SUSPENSION	CELLCEPT						
MYCOPHENOLATE MOFETIL TABLETS	CELLCEPT						
SIROLIMUS SOLUTION	RAPAMUNE						
SIROLIMUS TABLETS	RAPAMUNE						
TACROLIMUS CAPSULES	HECORIA						
TACROLIMUS CAPSULE CONTROLLED RELEASE	ASTAGRAF XL						
INHIBIDORES DE ROCK2							
BELUMOSUDIL MESYLATE	REZUROCK			SE REQUIERE PA			
RESINAS ELIMINADORAS DE POTASIO							
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER	KAYEXALATE						
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE SUSPENSION	KIONEX						
BETABLOQUEADORES							
BLOQUEADORES ALFA-BETA							
CARVEDILOL TABLETS	COREG		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LABETALOL HCL TABLETS	TRANDATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETABLOQUEANTES CARDIOSELECTIVOS							
ATENOLOL TABLETS	TENORMIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ATENOLOL/CHLORTHALIDONE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BISOPROLOL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BISOPROLOL/HCTZ	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
METOPROLOL TARTRATE TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
METOPROLOL SUCCINATE TABLET XL 24-HOUR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
METOPROLOL TARTRATE/HCTZ	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
METOPROLOL TARTRATE SOLUTION	LOPRESSOR			SE REQUIERE PA para mayores de 10 años			
NEBIVOLOL HCL TABLET	BYSTOLIC						
BETABLOQUEANTES NO SELECTIVOS							
NADOLOL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	NO SE REQUIERE PA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS			
PROPRANOLOL HCL CAPSULE ER CONTROLLED RELEASE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
PROPRANOLOL HCL SOLUTION	HEMANGEOL			SE REQUIERE PA para mayores de 10 años			
PROPRANOLOL HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
PROPRANOLOL / HCTZ	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
SOTALOL HCL TABLETS	BETAPACE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BLOQUEANTES CÁLCICOS							
BLOQUEANTES CÁLCICOS							
AMLODIPINE BESYLATE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
AMLODIPINE BENZOATE SUSPENSION	KATERZIA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 7 años		300	30
DILTIAZEM CAPSULE ER	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DILTIAZEM TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FELODIPINE TABLET ER 24-HOUR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
NIFEDIPINE IR CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NIFEDIPINE TABLET ER 24-HOUR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
VERAPAMIL HCL CAPSULE SR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
VERAPAMIL HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
VERAPAMIL HCL TABLET CONTROLLED RELEASE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
CARDIOTÓNICOS							
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS							
DIGOXIN SOLUTION	DIGOXIN						
DIGOXIN TABLETS	LANOXIN						
AGENTES CARDIOVASCULARES - VARIOS							
INHIBIDOR DE LA NEPRILISINA DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSTINA							
SACUBITRIL-VALSARTAN TABLET	ENTRESTO	SOLO GENÉRICO					
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA							
AMBRISENTAN TABLETS	LETAIRIS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
BOSENTAN TABLETS SOLUBLE	TRACLEER	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDOR DE LA FOSFODIESTERASA							
SILDENAFIL CITRATE (PULMONARY HYPERTENSION) SUSPENSION RECONSTITUTED	REVATIO		Preferiblemente para personas menores de 12 años	SE REQUIERE PA para mayores de 12 años			
SILDENAFIL CITRATE (PULMONARY HYPERTENSION) TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA			
TADALAFIL (PULMONARY HYPERTENSION) TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA			
VASODILATADORES DE POSTAGLANDINA**							
TREPROSTINIL DIOLAMINE TABLET ER	ORENITRAM	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
TREPROSTINIL DIOLAMINE TBER THER PACK	ORENITRAM	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
TREPROSTINIL SODIUM CAPSULE	YUTREPIA	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
CEFALOSPORINAS							
CEFALOSPORINAS - PRIMERA GENERACIÓN							
CEFADROXIL CAPSULES	CEFADROXIL						
CEFADROXIL SUSPENSION	CEFADROXIL						
CEFADROXIL TABLETS	CEFADROXIL						
CEPHALEXIN CAPSULES	KEFLEX						
CEPHALEXIN SUSPENSION	CEPHALEXIN						
CEPHALEXIN TABLETS	CEPHALEXIN						
CEFALOSPORINAS - SEGUNDA GENERACIÓN							
CEFACLOR CAPSULES	CEFACLOR						
CEFACLOR SUSPENSION	CEFACLOR						
CEFPROZIL SUSPENSION	CEFPROZIL						
CEFPROZIL TABLETS	CEFPROZIL						
CEFUROXIME AXETIL SUSPENSION	CEFTIN						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
CEFUROXIME AXETIL TABLETS	CEFTIN						
CEFALOSPORINAS - TERCERA GENERACIÓN							
CEFDINIR CAPSULES	CEFDINIR						
CEFDINIR SUSPENSION	CEFDINIR						
CEFIXIME CAPSULES	SUPRAX					1	30
CEFIXIME CHEWABLE TABLETS	SUPRAX					1	30
CEFIXIME SUSPENSION	SUPRAX					1	30
CEFIXIME TABLETS	SUPRAX					1	30
CEFPODOXIME PROXETIL SUSPENSION	CEFPODOXIME PROXETIL						
CEFPODOXIME PROXETIL TABLETS	CEFPODOXIME PROXETIL						
ANTICONCEPTIVOS							
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - ORALES							
DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TABLET	APRI						
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (BIPHASIC) TABLETS	AZURETTE						
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	CAZIAN						
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	OCELLA						
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE CALCIUM TABLET	BEYAZ/SAFYRAL						
ETHYNODIOL DIACET & ETH ESTRAD TABLET (1/35)	KELNOR 1/35						
LEVONORGESTREL & ETH ESTRADIOL TABLET CHEWABLE	TYBLUME						
LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	AUBRA						
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	ENPRESSE-28						
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TABLETS	AMETHIA LO						
NORETHINDRONE ACET & ETH ESTRA TABLET DISINTEGRATING	JUNEL						
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TABLET CHEWABLE	KAITLIB FE						
NORETHINDRONE & ETH ESTRADIOL TABLETS	BALZIVA						
NORETHINDRONE & MESTRANOL TABLETS	NECON 1/50-28						
NORETHIN ACET & ESTRAD-FE TABLETS	LOESTRIN FE TAB 1/20						
NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL (BIPHASIC) TABLETS	NECON 10/11-28						
NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLET (7/7/7)	NORTREL 7/7/7						
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	ORTHO TRI-CYCLEN						
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	ESTARYLLA						
NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	CRYSELLE-28						
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - VAGINALES							
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL RING	Solo genérico						
ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU							
COPPER IUD	PARAGARD					1	999+
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA							
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLET	OPTION 2		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ULIPRISTAL ACETATE TABLET	ELLA		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	5
PROGESTINAS							
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLETS	PROVERA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NORETHINDRONE ACETATE	AYGESTIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
PROGESTERONE MICRONIZED CAPSULES	PROMETRIUM		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES							
ETONOGESTREL IMPLANT	NEXPLANON					1	999+
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES							
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (CONTRACEPTIVE) SUSPENSION	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE						
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU							
LEVONORGESTREL (IUD)	LILETTA					1	999+
LEVONORGESTREL (IUD)	SKYLA					1	730.00
LEVONORGESTREL (IUD)	MIRENA					1	999.00
LEVONORGESTREL (IUD)	KYLEENA					1	730.00
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES							
NORETHINDRONE (CONTRACEPTIVE) TABLETS	CAMILA						
NORGESTREL TABLET	OPILL						
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - TRANSDÉRMICOS							
NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL PATCH WEEKLY	ZAFEMY	SOLO DE MARCA					
CORTICOSTEROIDES							
GLUCOCORTICOSTEROIDES							
DEXAMETHASONE CONCENTRATE	DEXAMETHASONE INTENSOL						
DEXAMETHASONE ELIXIR	VARIOS						
DEXAMETHASONE SOLUTION	DEXAMETHASONE						
DEXAMETHASONE TABLETS - ALL STRENGTHS EXCEPT 20MG	DEXAMETHASONE						
HYDROCORTISONE SOD SUCCINATE SOLUTION (INJECTABLE)	A-HYDROCORT				SE REQUIERE PA		
METHYLPREDNISOLONE ACETATE SUSPENSION (INJECTABLE)	DEPO-MEDROL				SE REQUIERE PA		
METHYLPREDNISOLONE SOD SUCC SOLUTION (INJECTABLE)	A-METHAPRED				SE REQUIERE PA		
METHYLPREDNISOLONE TABLETS	MEDROL						
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUTION	ORAPRED						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	ORAPRED ODT						
PREDNISOLONE SYRUP	PRELONE						
PREDNISOLONE TABLETS	VARIOS						
PREDNISON CONCENTRATE	PREDNISON INTENSOL						
PREDNISON SOLUTION	PREDNISON						
PREDNISON TABLETS	PREDNISON						
TRIAMCINOLONE ACETONIDE SUSPENSION (INJECTABLE)	KENALOG-10			SE REQUIERE PA			
TRIAMCINOLONE DIACETATE SUSPENSION (INJECTABLE)	TRIAMCINOLONE			SE REQUIERE PA			
TRIAMCINOLONE HEXACETONIDE SUSPENSION (INJECTABLE)	ARISTOSPAN INTRALESIONAL & INTRA-ARTICULAR			SE REQUIERE PA			
MINERALOCORTICOIDES							
FLUDROCORTISONE ACETATE TABLETS	FLORINEF						
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES MINERALOCORTICOIDES NO ESTEROIDEOS							
FINERENONE TABLETS	KERENDIA			SE REQUIERE PA			
TOS/RESFRIADO/ALERGIA							
ANTITUSSÍGENOS							
BENZONATATE CAPSULES	TESSALON PERLES						
HYDROCODONE W/ HOMATROPINE SYRUP	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 18 años		240	12
HYDROCODONE W/ HOMATROPINE TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 18 años			
COMBINACIONES DE TOS/RESFRIADO/ALERGIA							
BROMPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE LIQUID	VARIOS						
BROMPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE TABLET 12-HOUR	VARIOS						
BROMPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN-PHENYLEPHRINE LIQUID/TABLETS	VARIOS						
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE CHEWABLE TABLETS	VARIOS						
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE LIQUID	VARIOS					480	30
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE SOLUTION	VARIOS					480	30
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE SYRUP	VARIOS					480	30
CHLORPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE TABLETS	VARIOS						
DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN TABLET	VARIOS						
DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN LIQUID	VARIOS					480	30
DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN TABLET 12-HOUR	MUCINEX DM						
GUAIFENESIN-CODEINE SYRUP	ROBITUSSIN AC			SE REQUIERE PA para menores de 18 años		240	12
PHENYLEPHRINE W/ DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN CAPSULES	VARIOS						
PHENYLEPHRINE W/ DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN LIQUID	ROBITUSSIN CHILDRENS COUGH & COLD CF					480	30
PHENYLEPHRINE W/ DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN SYRUP	VARIOS					480	30
PHENYLEPHRINE W/ DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN TABLETS	VARIOS						
PHENYLEPHRINE W/ DEXTROMETHORPHAN-GUAIFENESIN TABLET 12-HOUR	VARIOS						
PHENYLEPHRINE-BROMPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN ELIXIR	VARIOS					480	30
PHENYLEPHRINE-BROMPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN LIQUID	DIMETAPP DEXTROMETHORPHAN COLD & COUGH					480	30
PHENYLEPHRINE-BROMPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN SYRUP	VARIOS					480	30
PHENYLEPHRINE-CHLORPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN LIQUID	VARIOS					480	30
PHENYLEPHRINE-CHLORPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN DROPS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años			
PHENYLEPHRINE-CHLORPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN SYRUP	VARIOS					480	30
PHENYLEPHRINE-CHLORPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN TABLETS	VARIOS						
PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN CAPSULES	VARIOS						
PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN LIQUID	TRIAMINIC CHEST/NASAL CONGESTION					480	30
PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN SYRUP	TRIAMINIC CHEST & NASAL CONGESTION					480	30
PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN TABLETS	VARIOS						
PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP	PROMETHAZINE/PHENYLEPHRINE					480	30
PROMETHAZINE W/CODEINE SYRUP	PROMETHAZINE/CODEINE			SE REQUIERE PA para menores de 18 años		240	12
PROMETHAZINE-DEXTROMETHORPHAN SYRUP	PROMETHAZINE/DEXTROMETHORPHAN					480	30
PSEUDOEPHEDRINE W/ CODEINE-GUAIFENESIN SYRUP	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 18 años		240	12
EXPECTORANTES							
GUAIFENESIN LIQUID	VARIOS					480	30
GUAIFENESIN SYRUP	VARIOS					480	30
GUAIFENESIN TABLETS	VARIOS						
GUAIFENESIN TABLET 12-HOUR	VARIOS						
DERMATOLÓGICOS							
PRODUCTOS PARA EL ACNÉ							
BENZOYL PEROXIDE WASH 5% & 10%	VARIOS						
BENZOYL PEROXIDE CLEANSER 6%	NEUTROGENA ON-THE-SPOT ACNE TREATMENT						
BENZOYL PEROXIDE GEL	BENZOYL PEROXIDE						
BENZOYL PEROXIDE LIQUID	PANOXYL						
BENZOYL PEROXIDE LOTION	BP CLEANSING LOTION						
BENZOYL PEROXIDE-ERYTHROMYCIN PACK	BENZAMYCINPAK						
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (TOPICAL) GEL	CLEOCIN-T						
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (TOPICAL) LOTION	CLEOCIN-T						
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (TOPICAL) SOLUTION	CLEOCIN-T						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (TOPICAL) SWAB	CLEOCIN-T						
CLINDAMYCIN PHOSPHATE-BENZOYL PEROXIDE (REFRIGERATE)	CLINDAMY/BEN						
ERYTHROMYCIN ACNE GEL	VARIOS	NDCs: 45802096694, 45802096696, 63739005366, 63739005368					
ERYTHROMYCIN (ACNE AID) SOLUTION	ERYTHROMYCIN						
ISOTRETINOIN CAPSULES	ABSORICA			SE REQUIERE PA			
TRETINOIN CREAM	VARIOS			SE REQUIERE PA para mayores de 26 años			
TRETINOIN GEL	VARIOS			SE REQUIERE PA para mayores de 26 años			
ANTIBIÓTICOS - TÓPICOS							
BACITRACIN OINTMENT	BACIGUENT						
BACITRACIN ZINC OINTMENT	BACITRACIN						
BACITRACIN-POLYMYXIN B OINTMENT	POLYSPORIN						
BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN HC OINTMENT	CORTISPORIN						
GENTAMICIN SULFATE CREAM	GENTAMICIN SULFATE						
GENTAMICIN SULFATE OINTMENT	GENTAMICIN SULFATE						
MUPIROCI CALCIUM CREAM	BACTROBAN						
MUPIROCI OINTMENT	BACTROBAN						
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN OINTMENT	NEOSPORIN						
ANTIFÚNGICOS - TÓPICOS							
BUTENAFINE	LOTRIMIN ULTRA						
CICLOPROX CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CICLOPROX SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CLOTRIMAZOLE CREAM (RX & OTC)	LOTRIMIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CLOTRIMAZOLE OINTMENT	LOTRIMIN						
CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE CREAM	LOTRISONE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
KETOCONAZOLE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
KETOCONAZOLE SHAMPOO	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MICONAZOLE NITRATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MICONAZOLE NITRATE POWDER	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NYSTATIN CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NYSTATIN OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NYSTATIN POWDER	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLNAFTATE AERO POWDER	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLNAFTATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLNAFTATE POWDER	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TERBINAFINE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ANTIISTAMINICOS - TÓPICOS							
DIPHENHYDRAMINE HCL CREAM	ANTI-ITCH MAXIMUM STRENGTH						
DIPHENHYDRAMINE HCL GEL	BENADRYL ITCH STOPPING						
DIPHENHYDRAMINE HCL SOLUTION	BENADRYL MAXIMUM STRENGTH						
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - TÓPICOS**							
DICLOFENAC SODIUM (TOPICAL) SOLUTION (1.5%)	DICLOFENAC SODIUM						
PRODUCTOS TÓPICOS ANTISEBORREICOS							
SELENIUM SULFIDE LOTION	SELSUN SHAMPOO						
ANTIVIRALES - TÓPICOS							
ACYCLOVIR TOPICAL CREAM (NON AG)	VARIOS					15 GM	30
ACYCLOVIR TOPICAL OINTMENT	VARIOS					15 GM	30
DOCOSANOL CREAM	ABREVA					2 GM	30
PRODUCTOS PARA QUEMADURAS							
SILVER SULFADIAZINE CREAM	SILVADENE						
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE BAJA POTENCIA							
FLUOCINOLONE ACETONIDE	DERMA-SMOOTH FS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUOCINOLONE ACETONIDE SOLUTION	SYNALAR						
HYDROCORTISONE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
HYDROCORTISONE GEL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
HYDROCORTISONE LOTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
HYDROCORTISONE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUOCINOLONE 0.01% OIL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE MEDIA POTENCIA							
FLUTICASONE PROPIONATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE PROPIONATE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONE FUROATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONE FUROATE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONE FUROATE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE ALTA POTENCIA							
BETAMETHASONE DIPROPIONATE LOTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETAMETHASONE DIPROPIONATE/PROPYLENE GLYC. CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETAMETHASONE DIPROPIONATE (TOPICAL) OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETAMETHASONE VALERATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETAMETHASONE VALERATE LOTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BETAMETHASONE VALERATE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUOCINONIDE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUOCINONIDE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUOCINONIDE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE MUY ALTA POTENCIA							
CLOBETASOL PROPIONATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			100	30
CLOBETASOL PROPIONATE EMOLLIENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			100	30
CLOBETASOL PROPIONATE GEL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			118	30
CLOBETASOL PROPIONATE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			100	30
CLOBETASOL PROPIONATE SHAMPOO	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			120	30
CLOBETASOL PROPIONATE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			100	30
HALOBETASOL PROPIONATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			100	30
HALOBETASOL PROPIONATE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			100	30
ESTEROIDES - BUCALES/FARÍNGEOS/DENTALES**							
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (MOUTH) PASTE	ORALONE DENTAL PASTE					10	30
AGENTES PARA EL ECCEMA							
RUXOLITINIB PHOSPHATE (TOPICAL) CREAM	OPZELURA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		60 GM	30
TAPINAROF CREAM	VTAMA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		60 GM	30
TRALOKINUMAB-LDRM SOLN AUTO-INJ	ADBRY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TRALOKINUMAB-LDRM SOLN PREF SYR	ADBRY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ENZIMAS - TÓPICOS							
TACROLIMUS (TOPICAL) OINTMENT	PROTOPIC		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES INMUNOSUPRESORES - TÓPICOS							
PIMECROLIMUS CREAM	VARIOS			SE REQUIERE PA		60 GM	30
PIMECROLIMUS CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			60 GM	30
AGENTES QUERATOLÍTICOS/ANTIMITÓTICOS							
SALICYLIC ACID CREAM	SALACYN						
SALICYLIC ACID FOAM	SALVAX						
SALICYLIC ACID GEL	KERALYT						
SALICYLIC ACID LIQUID	VIRASAL						
SALICYLIC ACID LOTION	SALACYN						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
SALICYLIC ACID SHAMPOO	SALEX						
SALICYLIC ACID SOLUTION	VARIOS						
ANESTÉSICOS LOCALES - TÓPICOS							
LIDOCAINE CREAM 4%	ASPERCREME W/LIDOCAINE						
LIDOCAINE HCL GEL 2%	GLYDO						
LIDOCAINE HCL LOTION	LIDOCAINE HCL			SE REQUIERE PA			
LIDOCAINE OINTMENT	LIDOCAINE			SE REQUIERE PA			
LIDOCAINE PATCH	LIDODERM			SE REQUIERE PA			
LIDOCAINE HCL SOLUTION	VARIOS						
LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM	EMLA						
TÓPICOS - VARIOS							
ALUMINUM CHLORIDE SOLUTION	DRYSOL						
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) - TÓPICOS							
CRISABOROLE OINTMENT	EUCRISA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ROFLUMILAST (TOPICAL) CREAM	ZORYVE		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		60GM	30
AGENTES TÓPICOS PARA LA ROSÁCEA							
METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	METROCREAM						
METRONIDAZOLE GEL 0.75%	METROGEL						
METRONIDAZOLE LOTION	METROLOTION						
AGENTES TÓPICOS ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS + A1106							
CROTAMITON CREAM	EURAX						
CROTAMITON LOTION	EURAX						
IVERMECTIN LOTION	SKLICE			SE REQUIERE PA			
PERMETHRIN CREAM	ACTICIN						
PERMETHRIN 1%, 5%	NIX, ELIMITE						
PERMETHRIN LIQUID	NIX CREME RINSE						
PYRETHRINS-PIPERONYL BUTOXIDE GEL	A-200						
PYRETHRINS-PIPERONYL BUTOXIDE LIQUID	BARC						
PYRETHRINS-PIPERONYL BUTOXIDE SHAMPOO	LICIDE						
SPINOSAD SUSPENSION	NATROBA			SE REQUIERE PA			
PRODUCTOS DIAGNÓSTICOS							
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS							
BLOOD GLUCOSE MONITORS & STRIPS	VARIOS						
PRODUCTOS DIGESTIVOS							
ENZIMAS DIGESTIVAS							
LIPASE-PROTEASE-AMYLASE CAPSULE DELAYED RELEASE	CREON	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			500	30
LIPASE-PROTEASE-AMYLASE CAPSULE DELAYED RELEASE	ZENPEP	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			500	30
DIURÉTICOS							
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA							
ACETAZOLAMIDE CAPSULE 12-HOUR	DIAMOX						
ACETAZOLAMIDE TABLETS	ACETAZOLAMIDE						
METHAZOLAMIDE TABLETS	VARIOS						
COMBINACIONES DE DIURÉTICOS							
SPIRONOLACTONE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ALDACTAZIDE						
TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE CAPSULES	DYAZIDE						
TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	MAXZIDE-25						
DIURÉTICOS DE ASA							
BUMETANIDE TABLETS	BUMETANIDE						
FUROSEMIDE SOLUTION	FUROSEMIDE						
FUROSEMIDE TABLETS	LASIX						
TORSEMIDE TABLETS	DEMADEX						
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO							
SPIRONOLACTONE TABLETS	ALDACTONE						
TIAZIDAS Y DIURÉTICOS SIMILARES A LAS TIAZIDAS							
CHLOROTHIAZIDE SUSPENSION	DIURIL						
CHLOROTHIAZIDE TABLETS	CHLOROTHIAZIDE						
CHLORTHALIDONE TABLETS	CHLORTHALIDONE						
HYDROCHLOROTHIAZIDE CAPSULES 12.5MG	VARIOS						
HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS 25MG & 50MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE						
INDAPAMIDE TABLETS	INDAPAMIDE						
METOLAZONE TABLETS	ZAROXOLYN						
AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - VARIOS							
REGULADORES DE LA DENSIDAD ÓSEA							
ALENDRONATE SODIUM SOLUTION	ALENDRONATE SODIUM						
ALENDRONATE SODIUM TABLETS	ALENDRONATE SODIUM						
CALCITONIN (SALMON) SOLUTION	FORTICAL						
DENOSUMAB-NXXP SOLN PREF SYR	BILDYOS			SE REQUIERE PA			
IBANDRONATE SODIUM	BONIVA						
RALOXIFENE TABLETS	VARIOS						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	FORTEO	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
HORMONAS DEL CRECIMIENTO							
SOMATROPIN CARTRIDGE	GENOTROPIN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
SOMATROPIN SOLN PEN-INJ	NORDITROPIN FLEXPPO		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
SOMATROPIN PREFILLED SYR	GENOTROPIN MINIQUICK	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
MODULADORES DE LOS RECEPTORES HORMONALES							
RALOXIFENE HCL TABLETS	EVISTA						
FACTORES DE CRECIMIENTO SIMILARES A LA INSULINA (SOMATOMEDINAS)							
MECASERMIN SOLUTION	INCRELEX			SE REQUIERE PA			
AGONISTAS LHRH/GNRH ANÁLOGOS SUPRESORES HIPOFISARIOS							
LEUPROLIDE ACETATE (CPP) (6 MONTH) KIT	FENSOLVI			SE REQUIERE PA			
LEUPROLIDE ACETATE (CPP) KIT	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)			SE REQUIERE PA			
MODIFICADORES METABÓLICOS							
CINACALCET HCL TABLETS	SENSIPAR			SE REQUIERE PA			
GLYCEROL PHENYLBUTYRATE LIQUID	RAVICTI	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
IDURSULFASE SOLUTION	ELAPRASE			SE REQUIERE PA			
HORMONAS HIPOFISARIAS POSTERIORES							
DESMOPRESSIN ACETATE REFRIGERATED SOLUTION	VARIOS						
DESMOPRESSIN ACETATE SOLUTION	VARIOS						
DESMOPRESSIN ACETATE SPRAY REFRIGERATED SOLUTION	VARIOS						
DESMOPRESSIN ACETATE SPRAY SOLUTION	VARIOS						
DESMOPRESSIN ACETATE TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA			
ESTRÓGENOS							
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS							
CONJUGATED ESTROGENS-MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLETS	PREMPRO						
ESTRADIOL-LEVONORGESTREL PATCH-WEEKLY	CLIMARA PATCH						
ESTRÓGENOS							
ESTERIFIED ESTROGENS TABLETS	MENEST						
ESTRADIOL PATCH-TWICE WEEKLY	ALORA						
ESTRADIOL PATCH-WEEKLY	MENOSTAR						
ESTRADIOL TABLETS	ESTRACE						
ESTROGENS, CONJUGATED SYNTHETIC A TABLETS	CENESTIN						
ESTROGENS, CONJUGATED TABLET	PREMARIN	SOLO DE MARCA					
ESTROPIPATE TABLETS	ORTHO-EST						
FLUOROQUINOLONAS							
FLUOROQUINOLONAS							
CIPROFLOXACIN HCL TABLETS	CIPROFLOXACIN HCL						
LEVOFLOXACIN SOLUTION	LEVAQUIN						
LEVOFLOXACIN TABLETS	LEVAQUIN						
OFLOXACIN TABLETS	OFLOXACIN						
AGENTES GASTROINTESTINALES - VARIOS							
AGENTES SOLUBILIZANTES DE CÁLCULOS BILIARES							
URSODIOL CAPSULES	ACTIGALL						
URSODIOL TABLETS	URSO 250						
ACTIVADORES GASTROINTESTINALES DE LOS CANALES DE CLORURO							
LUBIPROSTONE CAPSULES	AMITIZA			SE REQUIERE PA			
ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES							
METOCLOPRAMIDE HCL SOLUTION	VARIOS						
METOCLOPRAMIDE HCL TABLETS	VARIOS						
METOCLOPRAMIDE HCL ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	VARIOS						
AGENTES INFLAMATORIOS INTESTINALES							
INFLIXIMAB SOLUTION RECONSTITUTED	REMICADE (AG)	JANSSEN PHARMACEUTICALS SOLO BIOSIMILARES AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
MESALAMINE CAPSULE CONTROLLED RELEASE	PENTASA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			270	30
MESALAMINE CAPSULE DELAYED RELEASE CAPSULE	DELZICOL	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			180	30
MESALAMINE CAPSULE 24-HOUR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			120	30
MESALAMINE ENEMA	SFROWASA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
MESALAMINE TABLET ENTERIC COATED	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			120	30
SULFASALAZINE TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			240	30
SULFASALAZINE TABLET ENTERIC COATED DELAYED RELEASE	AZULFIDINE EN-TABLETS	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO			240	30
USTEKINUMAB-KFCE (IV) SOLUTION	YESINTEK	SOLO MARCA YESINTEK		SE REQUIERE PA			
AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SIB)							
LINACLOTIDE CAPSULES	LINZESS			SE REQUIERE PA			
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATOS							

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) CAPSULE	CALCIUM ACETATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) TABLET	CALPHRON		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FERRIC CITRATE TABLET	AURYXIA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
LANTHANUM CARBONATE TABLET CHEWABLE	FOSRENOL		MEDICAMENTO PREFERIDO				
SEVELAMER CARBONATE TABLETS	REVELA	VARIOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
AGENTES GENITOURINARIOS - VARIOS							
AGENTES PARA LA CISTITIS INTERSTICIAL							
PENTOSAN POLYSULFATE SODIUM CAPSULES	ELMIRON			SE REQUIERE PA			
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA							
ALFUZOSIN ER	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DOXAZOSIN MESYLATE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
DUTASTERIDE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FINASTERIDE	PROSCAR		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TAMSULOSIN HCL	FLOMAX		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TERAZOSIN	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ANALGÉSICOS URINARIOS							
PHENAZOPYRIDINE HCL TABLETS	PYRIDIUM						
AGENTES PARA LA GOTA							
AGENTES PARA LA GOTA							
ALLOPURINOL TABLETS	ZYLOPRIM						
COLCHICINE TABLETS	VARIOS						
FEBUXOSTAT TABLETS	ULORIC			SE REQUIERE PA			
URICOSÚRICOS							
PROBENECID TABLETS	PROBENECID						
AGENTES HEMATOLÓGICOS - VARIOS							
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA							
CILOSTAZOL TABLETS	PLETAL						
CLOPIDOGREL BISULFATE TABLETS	PLAVIX						
DIPYRIDAMOLE TABLETS	PERSANTINE						
TICAGRELOR TABLETS	BRILINTA			SE REQUIERE PA			
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS							
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER							
TALIGLUCERASE ALFA	ELELYSO (IV)	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
MIGLUSTAT(AG) ORAL	MIGLUSTAT (ORAL)	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS		SE REQUIERE PA			
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO							
ELTROMBOPAG OLAMINE TABLET	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ELTROMBOPAG OLAMINE TABLET	PROMACTA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
EPOETIN ALFA SOLUTION	EPOGEN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
EPOETIN ALFA-EPBX SOLUTION	RETACRIT	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM-AAFI SOLUTION	NIVESTYM	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM-AAFI SOLN PREF SYR	NIVESTYM	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM-AYOW	RELEUKO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGFILGRASTIM-JMDB SOLN PREF SYR	FULPHILA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGFILGRASTIM-PBBK SOLN PREF SYR	FYLNETRA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ROMIPLOSTIM SOLUTION RECONSTITUTED	NPLATE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES**							
HYDROXYUREA (SICKLE CELL DISEASE) SOLUTION	XROMI			SE REQUIERE PA para mayores de 10 años			
HEMOSTÁTICOS							
HEMOSTÁTICOS - SISTÉMICOS							
AMINOCAPROIC ACID SYRUP	AMICAR						
AMINOCAPROIC ACID TABLETS	AMICAR						
AGENTES PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO							
ICATIBANT ACETATE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION	BERINERT	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION RECONSTITUTED	CINRYZE/HAEGARDA	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
ECALLANTIDE SOLUTION	KALBITOR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO							
HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS							
PHENOBARBITAL SOLUTION	PHENOBARBITAL						
PHENOBARBITAL TABLETS	PHENOBARBITAL						
HIPNÓTICOS NO BARBITÚRICOS							
ESZOPICLONE	LUNESTA	VARIOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años SE REQUIERE PA para más de 1 fármaco hipnótico		30	30
TEMAZEPAM CAPSULES 15MG & 30MG	RESTORIL		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años SE REQUIERE PA para más de 1 fármaco hipnótico		30	30
ZOLPIDEM TARTRATE TABLETS 5MG	AMBIEN		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años SE REQUIERE PA para más de 1 fármaco hipnótico		60	30
ZOLPIDEM TARTRATE TABLETS 10MG	AMBIEN		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años SE REQUIERE PA para más de 1 fármaco hipnótico		30	30
ZOLPIDEM TARTRATE TABLET ER	AMBIEN CR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años SE REQUIERE PA para más de 1 fármaco hipnótico		30	30
AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE MELATONINA							
RAMELTEON TABLETS	ROZEREM	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años	El paciente debe haber probado dos agentes preferidos.	30	30
LAXANTES							
COMBINACIONES DE LAXANTES							
PEG 3350-KCL-SOD BICARB-SOD CHLORIDE-SOD SULFATE SOLUTION	COLYTE						
LAXANTES - VARIOS							
LACTULOSE SOLUTION	LACTULOSE						
MACRÓLIDOS							
AZITROMICINA							
AZITHROMYCIN PACKETS	ZITHROMAX						
AZITHROMYCIN SUSPENSION	ZITHROMAX						
AZITHROMYCIN TABLETS	ZITHROMAX						
CLARITROMICINA							
CLARITHROMYCIN SUSPENSION	CLARITHROMYCIN						
CLARITHROMYCIN TABLETS	BIAXIN						
CLARITHROMYCIN TABLET 24-HOUR	BIAXIN XL						
FIDAXOMICINA**							
FIDAXOMICIN TABLET	DIFICID	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
PRODUCTOS MÉDICOS							
ANTICONCEPTIVOS							
CONDOMS - FEMALE MISC.	FC FEMALE CONDOM						
CONDOMS - MALE MISC.	LIFESTYLES ASSORTED COLORS						
DIAPHRAGM ARC-SPRING DPRH	CAYA						
DIAPHRAGM COIL SPRING KIT	ORTHO DIAPHRAGM COIL SPRING KIT 50						
DIAPHRAGM FLAT SPRING KIT	ORTHO DIAPHRAGM FLAT SPRING KIT 55						
DIAPHRAGM WIDE SEAL DPRH	WIDE-SEAL SILICONE DIAPHRAGM KIT 60						
DIAPHRAGMS - OTHER+A1294	OMNIFLEX DIAPHRAGM						
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS							
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE	VARIOS						
BLOOD GLUCOSE MONITORING DEVICES	VARIOS						
LANCET DEVICES MISC.	VARIOS						
LANCETS MISC.	VARIOS						
DISPOSITIVOS - VARIOS							
ALCOHOL SWABS PADS	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE						
SUMINISTROS PARA TERAPIA RESPIRATORIA							
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS	MASK VORTEX/BABY WHIRL DUCKLING					2	365
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS DEVICE	AEROCHAMBER/MINI AEROCHAMBER					2	365
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA							
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - ANTICUERPOS MONOCLONALES							
DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE SOLUTION	VARIOS					2	30
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)							
ERENUMAB-AOOE SOLN AUTO-INJ	AMOVIG		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		1	30
GALCANEZUMAB-GNLM SOLUTION AUTOINJECTOR / PREFILLED SYRINGE / PEN	EMGALITY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		1	30
UBROGEPANT TABLETS	UBRELVY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		10	30
AGONISTAS DE LA SEROTONINA							
ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TABLET	RELPAX					9	30
NARATRIPTAN HCL TABLETS	AMERGE		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
RIZATRIPTAN BENZOATE ORALLY DISPERSABLE TABLET	MAXALT-MLT		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
RIZATRIPTAN BENZOATE TABLETS	MAXALT		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
SUMATRIPTAN NASAL SPRAY	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			6	30
SUMATRIPTAN SUCCINATE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO INJECTION	IMITREX		MEDICAMENTO PREFERIDO			2	30
SUMATRIPTAN SUCCINATE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	IMITREX		MEDICAMENTO PREFERIDO			2	30
SUMATRIPTAN SUCCINATE TABLETS	IMITREX		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
ZOLMITRIPTAN ORALLY DISPERSABLE TABLET	ZOMIG ZMT		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
ZOLMITRIPTAN TABLETS	ZOMIG		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
MINERALES Y ELECTROLITOS							
SODIUM FLUORIDE CHEWABLE TABLETS	LUDENT						
SODIUM FLUORIDE LOZG	LOZI-FLUR						
SODIUM FLUORIDE SOLUTION	FLUOR-A-DAY						
SODIUM FLUORIDE TABLETS	SODIUM FLUORIDE						
AGENTES BUCALES/GARGANTA/DENTALES							
ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA							
CLOTRIMAZOLE TROC	CLOTRIMAZOLE						
ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA							
TRIAMCINOLONE ACETONIDE ORAL PASTE	ORALONE						
MULTIVITAMÍNICOS							
VITAMINAS PRENATALES							
PRENATAL MULTIVITAMINS WITH OR WITHOUT MINERALS W/ FOLATE	VARIOS						
PRENATAL MULTIVITAMINS WITH MINERAL W/FE-FA	VARIOS						
AGENTES TERAPÉUTICOS MUSCULOESQUELÉTICOS							
RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES							
BACLOFEN TABLET (5MG, 10MG, 20MG)	BACLOFEN						
CYCLOBENZAPRINE HCL TABLETS 5MG & 10MG	FLEXERIL			SE REQUIERE PA para dosis distintas de los comprimidos de 5 mg y 10 mg			
METHOCARBAMOL TABLETS	ROBAXIN						
TIZANIDINE HCL TABLETS - 2MG & 4MG ONLY	TIZANIDINE HCL						
RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS							
DANTROLENE SODIUM CAPSULES	DANTRIUM						
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS							
ANTIALÉRGICOS NASALES							
AZELASTINE HCL SOLUTION 0.10%	ASTELIN						
ANTICOLINÉRGICOS NASALES							
IPRATROPIUM BROMIDE SOLUTION	ATROVENT						
ESTEROIDES NASALES							
FLUTICASONE PROPIONATE SUSPENSION	FLONASE						
DESCONGESTIONANTES SIMPATICOMIMÉTICOS							
PSEUDOEPHEDRINE HCL LIQUID	SUDAFED CHILDRENS						
PSEUDOEPHEDRINE HCL SYRUP	PSEUDOEPHEDRINE						
PSEUDOEPHEDRINE HCL TABLETS	SUDAFED						
PSEUDOEPHEDRINE HCL TABLET 12-HOUR	NASAL DECONGESTANT						
PSEUDOEPHEDRINE HCL TABLET 24-HOUR	SUDAFED 24 HOUR						
AGENTES NEUROMUSCULARES*							
AGENTES DE ATAXIA DE FRIEDRICH**							
OMAVELOXOLONE CAPSULE	SKYCLARYS			SE REQUIERE PA			
AGENTES OFTÁLMICOS							
OFTÁLMICOS - BETABLOQUEANTES							
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE SOLUTION (EXCLUDES PRESERVATIVE FREE)	COSOPT						
METIPRANOLOL SOLUTION	METIPRANOLOL						
TIMOLOL MALEATE SOLUTION	TIMOPTIC-XE						
TIMOLOL MALEATE (OPHTH) SOLUTION (EXCLUDES PRESERVATIVE FREE AND ONCE-DAILY)	TIMOPTIC						
OFTÁLMICOS - MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS							
ATROPINE SULFATE OINTMENT	ATROPINE SULFATE						
ATROPINE SULFATE SOLUTION	ISOPTO ATROPINE						
CYCLOPENTOLATE HCL SOLUTION	CYCLOGYL						
HOMATROPINE HBR SOLUTION	ISOPTO HOMATROPINE						
OFTÁLMICOS - MIÓTICOS							
PILOCARPINE HCL GEL	PILOPINE HS						
FÁRMACOS ADRENÉRGICOS OFTÁLMICOS**							
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION (0.025%, 0.2%)	LUMIFY						
OFTÁLMICOS - ANTIINFECCIOSOS							
BACITRACIN OINTMENT	BACITRACIN					3.5GM	7
BACITRACIN-POLYMYXIN B OINTMENT	POLYCIN						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
CIPROFLOXACIN HCL OINTMENT	CILOXAN						
CIPROFLOXACIN HCL SOLUTION	CILOXAN						
ERYTHROMYCIN OINTMENT	ILOTYCIN						
GENTAMICIN SULFATE OINTMENT	GARAMYCIN						
GENTAMICIN SULFATE SOLUTION	GARAMYCIN						
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION	VIGAMOX						
NATAMYCIN SUSPENSION	NATACYN						
NEOMYCIN-BACITRACIN ZN-POLYMYXIN OINTMENT	NEO-POLYCIN						
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN SOLUTION	NEOSPORIN						
OFLOXACIN SOLUTION	OCUFLOX						
POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM SOLUTION	POLYTRIM						
SULFACETAMIDE SODIUM OINTMENT	SULFACETAMIDE SODIUM						
SULFACETAMIDE SODIUM SOLUTION	BLEPH-10						
TOBRAMYCIN OINTMENT	TOBREX					3.5GM	7
TOBRAMYCIN SOLUTION	TOBREX						
TRIFLURIDINE SOLUTION	VIROPTIC						
OFTÁLMICOS - DESCONGESTIONANTES							
NAPHAZOLINE HCL SOLUTION	VASOCLEAR						
NAPHAZOLINE W/ PHENIRAMINE SOLUTION	NAPHCON-A						
OFTÁLMICOS - INMUNOMODULADORES							
CYCLOSPORINE EMULSION	RESTASIS						
OFTÁLMICOS - ANTAGONISTAS DE LAS INTEGRINAS**							
LIFITEGRAST SOLUTION	XIIDRA			SE REQUIERE PA			
OFTÁLMICOS - TÓPICOS VARIADOS							
EYELID CLEANSERS FOAM	OCUSOFT						
EYELID CLEANSERS PAD	OCUSOFT						
TEA TREE OIL	VARIOS						
OFTÁLMICOS - ESTEROIDES							
BACITRACIN-POLY-NEOMYCIN-HC OINTMENT	NEO-POLYCIN HC						
DEXAMETHASONE SUSPENSION	MAXIDEX						
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE SOLUTION	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE						
FLUOROMETHOLONE OINTMENT	FML						
FLUOROMETHOLONE SUSPENSION	FML LIQUIFILM						
GENTAMICIN-PREDNISOLONE ACETATE OINTMENT	PRED-G S.O.P.						
GENTAMICIN-PREDNISOLONE ACETATE SUSPENSION	PRED-G						
NEOMYCIN-POLYMY-DEXAMETH OINTMENT	MAXITROL						
NEOMYCIN-POLYMY-DEXAMETH SUSPENSION	MAXITROL						
PREDNISOLONE ACETATE SUSPENSION	PRED MILD						
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUTION	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE						
SULFACETAMIDE SOD-PREDNISOLONE OINTMENT	BLEPHAMIDE S.O.P.						
SULFACETAMIDE SOD-PREDNISOLONE SOLUTION	SULFACETAMIDE SODIUM/PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE						
SULFACETAMIDE SOD-PREDNISOLONE SUSPENSION	BLEPHAMIDE						
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OINTMENT	TOBRADEX						
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUSPENSION	TOBRADEX ST						
OFTÁLMICOS - VARIOS							
CROMOLYN SODIUM SOLUTION	CROMOLYN SODIUM						
DICLOFENAC SODIUM SOLUTION	DICLOFENAC SODIUM						
DORZOLAMIDE HCL SOLUTION	TRUSOPT						
FLURBIPROFEN SODIUM SOLUTION	OCUFEN						
KETOROLAC TROMETHAMINE SOLUTION	ACULAR LS						
KETOTIFEN FUMARATE SOLUTION	ALAWAY						
OFTÁLMICOS - PROSTAGLANDINAS							
BIMATOPROST SOLUTION (0.03%)	BIMATOPROST						
LATANOPROST SOLUTION (EXCLUDES PRESERVATIVE FREE)	XALATAN					8	90
TRAVOPROST SOLUTION	VARIOS						
AGENTES ÓTICOS							
AGENTES ÓTICOS - VARIOS							
ACETIC ACID SOLUTION	ACETIC ACID						
ANTIINFECIOSOS ÓTICOS							
CIPROFLOXACIN SOLUTION	VARIOS						
OFLOXACIN (OTIC) SOLUTION	VARIOS						
COMBINACIONES ÓTICAS							
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE	VARIOS			MEDICAMENTO PREFERIDO			
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC SOLUTION	CORTISPORIN			MEDICAMENTO PREFERIDO			
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC SUSPENSION	NEO/POLYMYXIN/HC 5-10000-1			MEDICAMENTO PREFERIDO			
ESTEROIDES ÓTICOS							
HYDROCORTISONE W/ACETIC ACID SOLUTION	ACETASOL HC						
OXITOCINA							

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
OXITOCINA							
METHYLERGONOVINE MALEATE TABLETS	METHERGINE						
AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS							
ANTICUERPOS MONOCLONALES							
PALIVIZUMAB SOLUTION	SYNAGIS			No se requiere PA para niños menores de 2 años. Nota: el profesional que prescribe debe comprar y facturar una reclamación médica por el medicamento			
PENICILINAS							
AMINOPENICILINAS							
AMOXICILLIN CAPSULES	AMOXICILLIN						
AMOXICILLIN CHEWABLE TABLETS	AMOXICILLIN						
AMOXICILLIN SUSPENSION	AMOXICILLIN						
AMOXICILLIN TABLETS	AMOXICILLIN						
AMPICILLIN CAPSULES	AMPICILLIN						
AMPICILLIN SUSPENSION	AMPICILLIN						
PENICILINAS NATURALES							
PENICILLIN V POTASSIUM SOLUTION	PENICILLIN V POTASSIUM						
PENICILLIN V POTASSIUM TABLETS	PENICILLIN V POTASSIUM						
COMBINACIONES DE PENICILINAS							
AMOXICILLIN & POT CLAVULANATE CHEWABLE TABLETS	AUGMENTIN						
AMOXICILLIN & POT CLAVULANATE SUSPENSION	AUGMENTIN						
AMOXICILLIN & POT CLAVULANATE TABLET 12-HOUR	AUGMENTIN XR						
PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA							
DICLOXACILLIN SODIUM CAPSULES	DICLOXACILLIN SODIUM						
PROGESTINAS							
PROGESTINAS							
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLETS	PROVERA						
PROGESTERONE MICRONIZED CAPSULES	PROMETRIUM						
AGENTE PSICOTERAPÉUTICO Y NEUROLÓGICO							
AGENTES ANTIDEMENCIA							
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TABLETS	ARICEPT			SE REQUIERE PA			
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	ARICEPT ODT			SE REQUIERE PA			
GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAPSULE CONTROLLED RELEASE	RAZADYNE ER			SE REQUIERE PA			
GALANTAMINE HYDROBROMIDE SOLUTION	RAZADYNE			SE REQUIERE PA			
GALANTAMINE HYDROBROMIDE TABLETS	RAZADYNE			SE REQUIERE PA			
MEMANTINE HCL SOLUTION	NAMENDA			SE REQUIERE PA			
MEMANTINE HCL TABLETS	NAMENDA			SE REQUIERE PA			
RIVASTIGMINE PATCH	EXELON			SE REQUIERE PA			
RIVASTIGMINE TARTRATE CAPSULES	EXELON			SE REQUIERE PA			
RIVASTIGMINE TARTRATE SOLUTION	EXELON			SE REQUIERE PA			
TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO							
DEUTETRABENAZINE TABLET	AUSTEDO			SE REQUIERE PA		60	30
DEUTETRABENAZINE TAB THERAPY PACK	AUSTEDO PATIENT TITRATION KIT			SE REQUIERE PA		1 kit	28
DEUTETRABENAZINE TABLET ER 24HR	AUSTEDO XR			SE REQUIERE PA		30	30
DEUTETRABENAZINE TBER THERAPY PACK	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT			SE REQUIERE PA		1 kit	28
VALBENAZINE TOSYLATE CAPSULE	INGREZZA			SE REQUIERE PA		30	30
VALBENAZINE TOSYLATE CAPSULE SPRINKLE	INGREZZA			SE REQUIERE PA		30	30
VALBENAZINE TOSYLATE CAP THER PACK	INGREZZA			SE REQUIERE PA		1 kit	28
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE							
DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED RELEASE	TECFIDERA			SE REQUIERE PA			
DALFAMPRIDINE TABLET ER 12HR	AMPYRA			SE REQUIERE PA			
FINGOLIMOD HCL CAPSULE	GILENYA			SE REQUIERE PA			
GLATIRAMER ACETATE SOLN PREF SYR	COPAXONE	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
INTERFERON BETA-1A AUTO-INJECTOR KIT	AVONEX PEN			SE REQUIERE PA			
INTERFERON BETA-1A PREFILLED SYRINGE KIT	AVONEX			SE REQUIERE PA			
INTERFERON BETA-1A SOLN AUTO-INJ	REBIF REBIDOSE			SE REQUIERE PA			
INTERFERON BETA-1A SOLN PREF SYR	REBIF			SE REQUIERE PA			
NATALIZUMAB CONCENTRATE	TYSABRI			SE REQUIERE PA			
OCRELIZUMAB SOLUTION	OCREVUS			SE REQUIERE PA			
OCRELIZUMAB-HYALURONIDASE-OCSQ SOLUTION	OCREVUS			SE REQUIERE PA			
OFATUMUMAB (MS) SOLN AUTO-INJ	KESIMPTA			SE REQUIERE PA			
TERIFLUNOMIDE TABLET	AUBAGIO			SE REQUIERE PA			
UBLITUXIMAB-XIY SOLUTION	BRIUMVI			SE REQUIERE PA			
PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR							
BUPROPION HCL (SMOKING DETERRENT) TABLET 12-HOUR	BUPROBAN					Suministro de 84 días	180
NICOTINE INHA	NICOTROL INHALER					Suministro de 84 días	180
NICOTINE POLACRILEX GUM	NICORETTE GUM					Suministro de 84 días	180

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
NICOTINE POLACRILEX LOZENGE	COMMIT					Suministro de 84 días	180
NICOTINE PATCH	NICODERM CQ					Suministro de 84 días	180
NICOTINE SOLUTION	NICOTROL NS					Suministro de 84 días	180
VARENICLINE TARTRATE TABLETS	CHANTIX					Suministro de 84 días	180
AGENTES RESPIRATORIOS - VARIOS							
INHIBIDOR DE LA PROTEINASA ALFA (HUMANA)							
ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION	ARALAST NP			SE REQUIERE PA			
ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION	PROLASTIN-C			SE REQUIERE PA			
AGENTES PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA							
DORNASE ALFA SOLUTION	PULMOZYME			SE REQUIERE PA			
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR							
PIRFENIDONE 267MG, 801MG	ESBRIET	SOLO DE MARCA					
SULFONAMIDAS							
SULFONAMIDAS							
SULFADIAZINE TABLETS	SULFADIAZINE						
TETRACICLINAS							
TETRACICLINAS							
DEMECLOCYCLINE HCL TABLETS	DEMECLOCYCLINE HCL			SE REQUIERE PA			
DOXYCYCLINE HYCLATE CAPSULES - 50MG AND 100MG CAPSULES ONLY	VARIOS						
DOXYCYCLINE HYCLATE TABLETS - 20MG AND 100MG TABLETS ONLY	VARIOS						
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE - CAPSULES 50MG & 100MG ONLY	VARIOS						
MINOCYCLINE HCL SOLUTION RECONSTITUTED	MINOCIN						
AGENTES PARA LA TIROIDES							
AGENTES ANTITIROIDEOS							
METHIMAZOLE TABLETS	TAPAZOLE						
PROPYLTHIOURACIL TABLETS	PROPYLTHIOURACIL						
HORMONAS TIROIDEAS							
LEVOthyroxine sodium TABLETS	LEVO-T						
LIOthyronine sodium TABLETS	CYTOSEL						
THYROID TABLETS	ARMOUR THYROID						
MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS							
ANTIESPASMÓDICOS							
DICYCLOMINE HCL CAPSULES	VARIOS						
DICYCLOMINE HCL SOLUTION	VARIOS						
DICYCLOMINE HCL TABLET 20mg ONLY	VARIOS	SOLO 20 MG					
GLYCOPYRROLATE SOLUTION	VARIOS						
GLYCOPYRROLATE TABLETS	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE ELIXIR	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE SOLUTION	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE SUBLINGUAL	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE TABLETS	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE TABLET 12-HOUR	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE CONTROLLED RELEASE TABLET	VARIOS						
HYOSCYAMINE SULFATE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	VARIOS						
PROPANTHELINE BROMIDE TABLETS	VARIOS						
ANTAGONISTAS H-2							
FAMOTIDINE CHEWABLE TABLETS	PEPCID AC						
FAMOTIDINE SUSPENSION	PEPCID						
FAMOTIDINE TABLETS	PEPCID AC						
RANITIDINE HCL CAPSULES	RANITIDINE HCL						
RANITIDINE HCL SUSPENSION	DEPRIZINE FUSEPAQ						
RANITIDINE HCL SYRUP	ZANTAC						
RANITIDINE HCL TABLETS	ZANTAC 75						
ANTIULCEROSOS - VARIOS							
SUCRALFATE TABLETS	CARAFATE						
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES							
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAPSULE DELAYED RELEASE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			180	90
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM PACKETS	NEXIUM		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		30	30
LANSOPRAZOLE ORALLY DISPERSABLE TABLET (ODT)	PREVACID SOLUTAB		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		60	30
OMEPRAZOLE ORAL CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
PANTOPRAZOLE SODIUM PACKETS	PROTONIX		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		30	30
PANTOPRAZOLE TABLETS	PROTONIX		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS							

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARINICOS (ANTICÓLICOS)**							
FESOTERODINE FUMARATE TABLET ER 24HR	TOVIAZ		MEDICAMENTO PREFERIDO				
OXYBUTYNIN CHLORIDE SOLUTION	OXYBUTYNIN CHLORIDE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
OXYBUTYNIN CHLORIDE TABLET (5MG)	OXYBUTYNIN CHLORIDE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
OXYBUTYNIN CHLORIDE TABLET ER 24HR	DITROPAN XL		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLTERODINE TARTRATE CAPSULE ER 24 HR	DETROL LA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLTERODINE TARTRATE TABLET	DETROL		MEDICAMENTO PREFERIDO				
SOLIFENACIN SUCCINATE TABLET	VESICARE						
PRODUCTOS VAGINALES							
ESPERMICIDAS							
NONOXYNOL-9 FOAM	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM						
NONOXYNOL-9 GEL	SHUR-SEAL						
ANTIINFECIOSOS VAGINALES							
CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM	CLEOCIN						
CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL SUPPOSITORY	CLEOCIN						
CLOTRIMAZOLE VAGINAL CREAM	GYNE-LOTRIMIN						
METRONIDAZOLE VAGINAL GEL	METROGEL-VAGINAL						
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL	MONISTAT 3 COMBINATION PACKETS						
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL SUPPOSITORY	MICONAZOLE 3						
SULFANILAMIDE VAGINAL CREAM	AVC						
ESTRÓGENOS VAGINALES							
ESTRADIOL ACETATE VAGINAL RING	FEMRING			SE REQUIERE PA			
ESTRADIOL VAGINAL RING	ESTRING						
ESTRADIOL VAGINAL TABLETS	VAGIFEM						
ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.01%	ESTRACE CREAM						
ESTROGENS, CONJUGATED VAGINAL CREAM	PREMARIN VAGINAL CREAM			SE REQUIERE PA			
VASOPRESORES							
AGENTES TERAPÉUTICOS PARA LA ANAFILAXIA							
EPINEPHRINE (ANAPHYLAXIS) SOLN AUTO-INJ	EIPEN	VIATRIS SP - SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para más de 2 al mes		2	30
COVID AT-HOME TEST KITS							
COVID AT-HOME TEST KITS		VARIOS				2 TESTS	30
FAMOTIDINE CHEWABLE TABLETS	PEPCID AC						
FAMOTIDINE SUSPENSION	PEPCID						
FAMOTIDINE TABLETS	PEPCID AC						
RANITIDINE HCL CAPSULES	RANITIDINE HCL						
RANITIDINE HCL SUSPENSION	DEPRIZINE FUSEPAQ						
RANITIDINE HCL SYRUP	ZANTAC						
RANITIDINE HCL TABLETS	ZANTAC 75						
ANTIULCEROSOS - VARIOS							
SUCRALFATE TABLETS	CARAFATE						
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES							
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAPSULE DELAYED RELEASE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			180	90
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM PACKETS	NEXIUM		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		30	30
LANSOPRAZOLE ORALLY DISPERSABLE TABLET (ODT)	PREVACID SOLUTAB		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		60	30
OMEPRAZOLE ORAL CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
PANTOPRAZOLE SODIUM PACKETS	PROTONIX		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		30	30
PANTOPRAZOLE TABLETS	PROTONIX		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS							
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARINICOS (ANTICÓLICOS)							
FESOTERODINE FUMARATE	TOVIAZ	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
OXYBUTYNIN CHLORIDE SYRUP	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
OXYBUTYNIN CHLORIDE 5MG TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
OXYBUTYNIN CHLORIDE TABLET 24-HOUR	DITROPAN XL		MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLTERODINE TARTRATE CAPSULE CONTROLLED RELEASE	DETROL LA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
TOLTERODINE TARTRATE TABLETS	DETROL	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
PRODUCTOS VAGINALES							
ESPERMICIDAS							
NONOXYNOL-9 FOAM	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM						
NONOXYNOL-9 GEL	SHUR-SEAL						

Banner – University Family Care

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS AGUDOS PROLONGADOS

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de PA	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ANTIINFECIOSOS VAGINALES							
CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM	CLEOCIN						
CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL SUPPOSITORY	CLEOCIN						
CLOTRIMAZOLE VAGINAL CREAM	GYNE-LOTIMIN						
METRONIDAZOLE VAGINAL GEL	METROGEL-VAGINAL						
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL	MONISTAT 3 COMBINATION PACKETS						
MICONAZOLE NITRATE VAGINAL SUPPOSITORY	MICONAZOLE 3						
SULFANILAMIDE VAGINAL CREAM	AVC						
ESTRÓGENOS VAGINALES							
ESTRADIOL ACETATE VAGINAL RING	FEMRING			SE REQUIERE PA			
ESTRADIOL VAGINAL RING	ESTRING						
ESTRADIOL VAGINAL TABLETS	VAGIFEM						
ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.01%	ESTRACE CREAM						
ESTROGENS, CONJUGATED VAGINAL CREAM	PREMARIN VAGINAL CREAM			SE REQUIERE PA			
VASOPRESORES							
AGENTES TERAPÉUTICOS PARA LA ANAFILAXIA							
EPINEPHRINE (ANAPHYLAXIS) SOLN AUTO-INJ	EPIPEN	VIATRIS SP - SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para más de 2 al mes		2	30
COVID AT-HOME TEST KITS							
COVID AT-HOME TEST KITS		VARIOS				2 TESTS	30