

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Los medicamentos genéricos tienen preferencia sobre los de marca, a menos que se especifique que el medicamento es SOLO DE MARCA</li> <li>Los medicamentos reembolsables a nivel federal que no figuran en la lista de medicamentos del AHCCCS pueden estar disponibles con autorización previa.</li> </ul>							Fecha de entrada en vigencia de la lista de medicamentos: 01/01/2025	
Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL	
<b>ADHD/ANTI-NARCOLEPSIA</b>								
<b>Anfetaminas</b>								
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAPSULE 24-HOUR	ADDERALL XR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TABLETS	ADDERALL	MARCA Y GENÉRICO	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30	
DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30	
LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE CAPSULES	VYVANSE	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
<b>Estimulantes</b>								
DEXMETHYLPHENIDATE HCL CAPSULE 24-HOUR	FOCALIN XR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30	
DEXMETHYLPHENIDATE HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30	
METHYLPHENIDATE HCL CAPSULE 24-HOUR	RITALIN LA 10MG	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
METHYLPHENIDATE HCL CAPSULE CONTROLLED RELEASE CD	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
METHYLPHENIDATE PATCH	DAYTRANA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
METHYLPHENIDATE HCL SOLUTION	METHYLIN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		300	30	
METHYLPHENIDATE HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		90	30	
METHYLPHENIDATE HCL TABLET EXTENDED RELEASE	RITALIN LA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30	
METHYLPHENIDATE HCL TABLET CONTROLLED RELEASE	CONCERTA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30	
<b>Agentes misceláneos</b>								
ATOMOXETINE HCL CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
<b>Alfa-Agonistas centrales</b>								
CLONIDINE HCL	Catapres			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.				
CLONIDINE HCL TRANSDERMAL PATCH	Catapres Patches			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		4	28	
CLONIDINE HCL (ADHD) TABLET 12-HOUR	Clonidine ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30	
GUANFACINE HCL (ADHD) TABLET 24-HOUR	GUANFACINE ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30	
GUANFACINE HCL TABLET	GUANFACINE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.				
<b>AMINOGLUCÓSIDOS</b>								
<b>AMINOGLUCÓSIDOS</b>								
NEOMYCIN SULFATE TABLETS	NEOMYCIN SULFATE							
<b>ANTIBIÓTICOS INHALADOS</b>								
PAROMOMYCIN SULFATE CAPSULE	HUMATIN			No cubierto por AHCCCS. Comuníquese con Waylis Pharmaceuticals para el programa de asistencia al paciente. Número de la línea gratuita: 1-800-689-0255				
TOBRAMYCIN NEBULIZED	BETHKIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA				
TOBRAMYCIN NEBULIZED	KITABIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA				
<b>ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS</b>								
<b>ANTIMETABOLITOS ANTIRREUMÁTICOS</b>								
METHOTREXATE SODIUM TABLETS	RHEUMATREX							
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (NSAIDS)</b>								
CELECOXIB CAPSULES	CELEBREX					60	30	
DICLOFENAC SODIUM TABLET 24-HOUR	VOLTAREN-XR							
DICLOFENAC SODIUM TABLET ENTERIC COATED	VOLTAREN							
ETODOLAC CAPSULES	VARIOS							
ETODOLAC TABLETS	VARIOS							
FENOPROFEN CALCIUM CAPSULES	NALFON							
FENOPROFEN CALCIUM TABLETS	FENOPROFEN CALCIUM							
FLURBIPROFEN TABLETS	FLURBIPROFEN							
IBUPROFEN CAPSULES	ADVIL							
IBUPROFEN CHEWABLE TABLETS	CHILDRENS MOTRIN							
IBUPROFEN SUSPENSION	CHILDRENS MOTRIN							
IBUPROFEN TABLETS	ADVIL							
INDOMETHACIN CAPSULES	VARIOS							
INDOMETHACIN CAPSULE CONTROLLED RELEASE	INDOMETHACIN CR							
INDOMETHACIN SUPPOSITORY	INDOCIN							
INDOMETHACIN SUSPENSION	INDOCIN							
KETOPROFEN CAPSULES	ORUDIS							
KETOROLAC TROMETHAMINE TABLETS	KETOROLAC TROMETHAMINE					20	30	
MELOXICAM SUSPENSION	MOBIC							
MELOXICAM TABLETS	MOBIC							
NABUMETONE TABLETS	NABUMETONE							
NAPROXEN SODIUM TABLETS	ALEVE. ANAPROX							
NAPROXEN SUSPENSION	NAPROSYN							
NAPROXEN TABLETS	NAPROSYN							
OXAPROZIN TABLETS	DAYPRO							
PIROXICAM CAPSULES	FELDENE							
SULINDAC TABLETS	SULINDAC							
<b>INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA</b>								
LEFLUNOMIDE TABLETS	ARAVA							
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE LA COESTIMULACIÓN</b>								
ABATACEPT CLICKJECT OR SYRINGE	ORENCIA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA				
<b>AGENTES ANTAGONISTAS DE CITOQUINAS Y LEVAS</b>								
ADALIMUMAB-ADBM AUTO-INJECTOR KIT	UNBRANDED ADALIMUMAD-ADBM		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA				
ADALIMUMAB-ADBM PREFILLED SYRINGE KIT	UNBRANDED ADALIMUMAD-ADBM		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA				

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTO-INJ	HADLIMA PUSH		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ADALIMUMAB-BWWD SOLN PREF SYR	HADLIMA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ADALIMUMAB-RYVK AUTO-INJECTOR KIT	SIMLANDI		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ADALIMUMAB-RYVK AUTO-SYRINGE KIT	SIMLANDI		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
APREMILAST	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			
<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>							
<b>COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS</b>							
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TABLETS	VARIOS					120	30
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLETS	VARIOS					120	30
<b>ANALGÉSICOS OTROS</b>							
ACETAMINOPHEN CAPSULES	VARIOS						
ACETAMINOPHEN CHEWABLE TABLETS	VARIOS						
ACETAMINOPHEN ELIXIR	VARIOS						
ACETAMINOPHEN LIQUID	VARIOS						
ACETAMINOPHEN SUPPOSITORY	FEVERALL INFANTS						
ACETAMINOPHEN SUSPENSION	TYLENOL INFANTS						
<b>SALICILATOS</b>							
ASPIRIN CHEWABLE TABLETS	VARIOS						
ASPIRIN SUPPOSITORY	VARIOS						
ASPIRIN TABLETS	VARIOS						
DIFLUNISAL TABLETS	DIFLUNISAL						
SALSALATE TABLETS	DISALCID						
<b>ANALGÉSICOS - OPIÁCEOS</b>							
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS DE ACCIÓN PROLONGADA</b>							
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 RELEASE	EMBEDA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
MORPHINE SULFATE TABLET CONTROLLED RELEASE	VARIOS		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			
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS DE ACCIÓN CORTA</b>							
HYDROMORPHONE HCL LIQUID	DILAUDID			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
HYDROMORPHONE HCL SUPPOSITORY	HYDROMORPHONE HCL			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
HYDROMORPHONE HCL TABLETS	DILAUDID			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
MEPERIDINE HCL TABLETS	DEMEROL			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 SUPPOSITORY	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.			
OXYCODONE HCL CAPSULES	OXYCODONE HCL			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
OXYCODONE HCL CONCENTRATE	OXYCODONE HCL			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
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.			
TRAMADOL HCL TABLETS 50MG & 100MG	ULTRAM			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
<b>COMBINACIONES DE OPIÁCEOS</b>							
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.			
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE W/ CODEINE CAPSULES	FIORICET/CODEINE			SE REQUIERE PA para > 2 medicamentos opiáceos de acción corta en un periodo de 30 días.			
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE W/COD CAPSULES	ASCOMP/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.			
HYDROCODONE-IBUPROFEN TABLETS	REPREXAIN			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 SOLUTION	ROXICET			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.			
<b>ANTÍDOTOS</b>							
<b>ANTAGONISTAS OPIÁCEOS</b>							
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				
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS</b>							

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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, 1.º trimestre. 2. O09.92- Supervisión de embarazo de alto riesgo, 2.º trimestre. 3. O09.93- Supervisión de embarazo de alto riesgo, 3.º trimestre. 4. O09.91- Supervisión de embarazo de alto riesgo, uso para madres lactantes posparto. El primer dígito del código de diagnóstico es la letra - O y el segundo es un cero - 0			
<b>BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL DIHYDRATE FILM</b>	<b>SUBOXONE FILM</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>				
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	VARIOS			Disponible únicamente en un proveedor del Programa de Tratamiento de Opiáceos (PTO).			
<b>AGENTES MISCELÁNEOS</b>							
ACAMPROSATE	VARIOS						
DISULFIRAM	ANTABUSE						
<b>ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS</b>							
<b>ANDRÓGENOS</b>							
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)		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TESTOSTERONE PATCH	ANDRODERM			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES ANORRECTALES</b>							
<b>ESTEROIDES INTRARRECTALES</b>							
HYDROCORTISONE (INTRARECTAL) ENEMA	COLOCORT						
HYDROCORTISONE ACETATE (INTRARECTAL) FOAM	CORTIFOAM						
<b>ESTEROIDES RECTALES</b>							
HYDROCORTISONE (RECTAL) CREAM	PROCTOCORT						
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>							
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>							
ALBENDAZOLE TABLETS	ALBENZA			SE REQUIERE PA			
IVERMECTIN TABLETS	STROMECTOL			SE REQUIERE PA			
PRAZQUANTEL TABLETS	BILTRICIDE						
<b>AGENTES ANTIANGIOSOS</b>							
<b>ANTIANGIOSOS - OTROS</b>							
RANOLAZINE TABLET 12-HOUR	RANEXA			SE REQUIERE PA			
<b>NITRATOS</b>							
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						
<b>ANSIOLÍTICOS</b>							
<b>ANSIOLÍTICOS - VARIOS</b>							
BUSPIRONE HCL TAB 5mg	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 7.5mg	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 10mg	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 15mg	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
BUSPIRONE HCL TAB 30mg	BUSPIRONE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
HYDROXYZINE HCL SYRUP	HYDROXYZINE SYRUP					300	30
HYDROXYZINE HCL TABLETS	HYDROXYZINE TABLETS					240	30
HYDROXYZINE PAMOATE CAPSULES	VISTARIL					120	30
<b>BENZODIACEPINAS</b>							
ALPRAZOLAM CONC 1mg/ML	ALPRAZOLAM INTENSOL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	15
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
ALPRAZOLAM TAB 0.25mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
ALPRAZOLAM TAB 0.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
ALPRAZOLAM TAB 1mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
ALPRAZOLAM TAB 2mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 0.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		30	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 1mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		30	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 2mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		30	30
ALPRAZOLAM TAB SR 24HR 3mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		30	30
CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 10mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 25mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
CLONAZEPAM 0.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM 1.0mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLONAZEPAM 2mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		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 0.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
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 15mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 3.75mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 7.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
DIAZEPAM CONC 5mg/ML	DIAZEPAM INTENSOL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
DIAZEPAM SOLN 1mg/ML	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		300	30
DIAZEPAM TAB 10mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
DIAZEPAM TAB 2mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
DIAZEPAM TAB 5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
LORAZEPAM CONC 2mg/ML	LORAZEPAM INTENSOL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
LORAZEPAM TAB 0.5mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
LORAZEPAM TAB 1mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		120	30
LORAZEPAM TAB 2mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
OXAZEPAM CAP 10mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
OXAZEPAM CAP 15mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
OXAZEPAM CAP 30mg	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años. SE REQUIERE PA para > 1 Medicamento ansiolítico en un periodo de 30 días.		60	30
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>							
<b>ANTIARRÍTMICOS TIPO I-A</b>							
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						

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
<b>ANTIARRÍTMICOS TIPO I-B</b>							
MEXILETINE HCL CAPSULES	MEXILETINE HCL						
<b>ANTIARRÍTMICOS TIPO I-C</b>							
FLECAINIDE ACETATE TABLETS	TAMBOCOR						
PROPAPENONE HCL CAPSULE 12-HOUR	RYTHMOL SR						
PROPAPENONE HCL TABLETS	RYTHMOL						
<b>ANTIARRÍTMICOS TIPO III</b>							
AMIODARONE HCL TABLETS 100MG & 200MG	PACERONE						
DOFETILIDE CAPSULES	TIKOSYN			SE REQUIERE PA			
DRONEDARONE HCL TABLETS	MULTAQ			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES</b>							
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS</b>							
CROMOLYN SODIUM NEBULIZER	CROMOLYN SODIUM						
<b>BRONCODILADORES - ANTICOLINÉRGICOS</b>							
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	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS</b>							
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
<b>ESTERIOIDES INHALADOS</b>							
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	ARNUITY ELLIPTA	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				
<b>SIMPATOMIMÉTICOS</b>							
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROVENTIL) (AG) (INHALATION)	NDC 00254100752 NDC 00781729685	Albuterol preferido NDC				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROVENTIL) (INHALATION)	NDC 00054074287 NDC 69097014260 NDC 72572001401 NDC 76282067942	Albuterol preferido NDC				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROAIR) (AG) (INHALATION)	NDC 00093317431	Albuterol preferido NDC				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (PROAIR) (INHALATION)	NDC 45802008801 NDC 68180096301	Albuterol preferido NDC				
ALBUTEROL SULFATE INHALER	ALBUTEROL HFA (VENTOLIN) (AG) (INHALATION)	NDC 66993001968	Albuterol preferido NDC				
ALBUTEROL SULFATE NEBULIZED	ALBUTEROL SULFATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ALBUTEROL SULFATE SYRUP	ALBUTEROL SULFATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE AEROSOL	SYMBICORT	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE-SALMETEROL ORAL INHALATION	ADVAIR DISKUS/AIRDUO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONE-SALMETEROL AEROSOL	ADVAIR HFA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONE FUROATE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE AEROSOL	DULERA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
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
<b>ANTICOAGULANTES</b>							
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>							
WARFARIN SODIUM TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>							
APIXABAN TABLETS	ELIQUIS	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
APIXABAN TABLETS STARTER PACK	ELIQUIS STARTER PACK	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			74	365
RIVAROXABAN TABLETS	XARELTO	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
RIVAROXABAN TABLETS	XARELTO DOSE PACK	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			51	30
<b>HEPARINAS Y AGENTES SIMILARES A LOS HEPARINOIDES</b>							
ENOXAPARIN SODIUM INJ 100mg/ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 120mg/0.8ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 150mg/ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 30mg/0.3ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
ENOXAPARIN SODIUM INJ 300mg/3ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 40mg/0.4ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 60mg/0.6ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
ENOXAPARIN SODIUM INJ 80mg/0.8ML	VARIOS VIAL O JERINGA		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
HEPARIN (PORCINE) IN SODIUM CHLORIDE SOLUTION	HEPARIN SODIUM/NAACL 0.9%						
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W SOLUTION	HEPARIN SODIUM/D5W						
HEPARIN SODIUM (PORCINE) LOCK FLUSH & NAACL LOCK FLUSH KIT	HEPARIN SODIUM LOCK FLUSH						
HEPARIN SODIUM (PORCINE) LOCK FLUSH SOLUTION	HEPARIN LOCK FLUSH						
<b>INHIBIDORES DE LA TROMBINA</b>							
DABIGATRAN ETEXILATE MESYLATE CAPSULES	PRADAXA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
<b>ANTICONVULSIVOS</b>							
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES GLUTAMÉRGICOS AMPA**.</b>							
PERAMPANEL TABLET	FYCOMPA			SE REQUIERE PA			
PERAMPANEL SUSPENSION	FYCOMPA			SE REQUIERE PA			
<b>ANTICONVULSIVOS - BENZODIACEPINAS</b>							
CLOBAZAM SUSPENSION	ONFI			SE REQUIERE PA			
CLOBAZAM TABLETS	ONFI			SE REQUIERE PA			
CLONAZEPAM TAB 0.5mg	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 1mg	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 2mg	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 0.125mg	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 0.25mg	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 0.5mg	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 1mg	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 2mg	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	DIASAT PEDIATRIC					2	30
DIAZEPAM (ANTICONVULSANT) LIQUID	VALTOCO					2	30
DIAZEPAM (ANTICONVULSANT) LIQD THER PACK	VALTOCO					2	30
MIDAZOLAM (ANTICONVULSANT) SOLUTION	NAYZILAM					2	30
<b>ANTICONVULSIVOS - VARIOS</b>							
CANNABIDIOL SOLUTION	EPIDIOLEX			SE REQUIERE PA			
CARBAMAZEPINE TABLET CHEWABLE	CARBAMAZEPINE						
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 TABLET	SUBVENITE						
LAMOTRIGINE TABLET ER 24HR	LAMICTAL XR						
LAMOTRIGINE TABLET DISINTEGRATING	LAMICTAL ODT						
LEVETIRACETAM SOLUTION	KEPPRA						
LEVETIRACETAM TABLET	ROWEEPRA						
LEVETIRACETAM TABLET ER 24HR	KEPPRA XR						
<b>SUSPENSIÓN DE OXCARBAZEPINA</b>							
OXCARBAZEPINE TABLET	TRILEPTAL	SOLO DE MARCA					
PREGABALIN CAPSULE (25MG, 50MG, 75MG, 100MG, 150MG, 200MG)	LYRICA					90.00	30.00
PREGABALIN CAPSULE (225MG, 300MG)	LYRICA					60.00	30.00
PREGABALIN SOLUTION	LYRICA					900	30
PRIMIDONE TABLET (20MG, 250MG)	MYSOLINE						
<b>SUSPENSIÓN DE RUFINAMIDA</b>							
RUFINAMIDE TABLET	BANZEL	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
<b>CÁPSULA DE TOPIRAMATO ER 24 HORAS</b>	<b>TROKENDI XR</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
TOPIRAMATE CAPSULE SPRINKLE	TOPAMAX SPRINKLE						
TOPIRAMATE CP24 SPRINKLE	QUDEXY XR			SE REQUIERE PA			
TOPIRAMATE TABLET	TOPAMAX						
ZONISAMIDE CAPSULE	ZONEGRAN						
<b>CARBAMATOS**</b>							
CENOBAMATE TABLET	XCOPRI			SE REQUIERE PA			
CENOBAMATE TAB THER PACK	XCOPRI			SE REQUIERE PA			

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
FELBAMATE SUSPENSION	FELBATOL						
FELBAMATE TABLET	FELBATOL						
<b>MODULADORES DE GABA**</b>							
TIAGABINE HCL TABLET	GABITRIL			SE REQUIERE PA			
<b>HIDANTOINAS**</b>							
PHENYTOIN TABLET CHEWABLE	DILANTIN CHEWABLES						
PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAPSULE	DILANTIN/PHENYTEK ER						
PHENYTOIN SUSPENSION	DILANTIN-125						
<b>SUCCINÍMIDOS**</b>							
ETHOSUXIMIDE CAPSULE	ZARONTIN						
ETHOSUXIMIDE SOLUTION	ZARONTIN						
<b>METHSUXIMIDE CAPSULE</b>	<b>CELONTIN</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>					
<b>ÁCIDO VALPROICO**</b>							
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						
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>							
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA-2 (TETRACÍCLICOS)</b>							
MIRTAZAPINE TABLETS	MIRTAZAPINE			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	REMERON SOLTAB			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
<b>MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - ESTEROIDE NEUROACTIVO**</b>							
ZURANOLONE CAPSULE	ZURZUVAE			SE REQUIERE PA			
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)</b>							
CLORHIDRATO DE ESKETAMINA	SPRAVATO			SE REQUIERE PA			
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NORADRENALINA (IRND)</b>							
BUPROPION HCL TABLETS	WELLBUTRIN			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
BUPROPION HCL TABLET 12-HOUR	BUDEPRION SR			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		60	30
BUPROPION HCL TABLET 24-HOUR (150MG & 300MG)	WELLBUTRIN XL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRIS)</b>							
CITALOPRAM HYDROBROMIDE SOLUTION	CELEXA			SE REQUIERE PA para edades menores a 6 años y mayores de 12 años		600	30
				SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		10mg: 60 20mg: 30 40mg: 30	30 30 30
CITALOPRAM HYDROBROMIDE TABLETS	CELEXA			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		5mg: 60 10mg: 30 20mg: 30	30 30 30
ESCITALOPRAM OXALATE TABLETS	LEXAPRO			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		10mg: 60 20mg: 120 40mg: 60	30 30 30
FLUOXETINE HCL CAPSULES ONLY	PROZAC			SE REQUIERE PA para edades menores a 6 años y mayores de 12 años		600	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 menores de 6 años.		25mg: 60 50mg: 180 100mg: 90	30 30 30
PAROXETINE HCL TABLETS	PAXIL			SE REQUIERE PA para 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 menores de 6 años.		25mg: 90 50mg: 120 100mg: 60	30 30 30
<b>MODULADORES DE LA SEROTONINA</b>							
TRAZODONE HCL TABLETS	TRAZODONE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		50mg: 90 100mg: 120 150mg: 60 300mg: 30	30 30 30 30
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>							
DULOXETINE HCL CAPSULE DELAYED RELEASE 20MG, 30MG & 60MG	CYMBALTA 20MG, 30MG & 60MG			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		20mg: 120 30mg: 120 60mg: 60	30 30 30
VENLAFAXINE HCL CAPSULE CONTROLLED RELEASE	EFFEXOR XR			SE REQUIERE PA para 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 menores de 6 años.		25mg: 120 37.5mg: 90 50mg: 90 75mg: 150 100mg: 90	30 30 30 30 30
<b>AGENTES TRICÍCLICOS</b>							

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
AMITRIPTYLINE HCL TABLETS	AMITRIPTYLINE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
AMOXAPINE TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
CLOMIPRAMINE HCL CAPSULES	ANAFRANIL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
DESIPRAMINE HCL TABLETS	NORPRAMIN			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
DOXEPIN HCL CAPSULES	DOXEPIN HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		90	30
DOXEPIN HCL CONCENTRATE	DOXEPIN HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		180	30
IMIPRAMINE PAMOATE CAPSULES	TORFRANIL-PM			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
IMIPRAMINE HCL TABLETS	TOFRANIL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
MAPROTYLINE HCL	VARIOS			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
NORTRIPTYLINE HCL CAPSULES	PAMELOR			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
NORTRIPTYLINE HCL SOLUTION	NORTRIPTYLINE HCL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
PROTRIPTYLINE HCL TABLETS	VIVACTIL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
TRIMIPRAMINE MALEATE	SURMONTIL			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.			
<b>ANTIDIABÉTICOS</b>							
<b>INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>							
ACARBOSE TABLETS	PRECOSE						
<b>ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA</b>							
PRAMLINTIDE ACETATE SOLUTION PEN INJECTION	SYMLINPEN 60		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS</b>							
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLETS	KAZANO		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE TABLETS	OSENI		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>CANAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL</b>	<b>INVOKAMET</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>DAPAGLIFLOZIN - METFORMIN</b>	<b>XIDUO XR</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>EMPAGLIFLOZIN-LINAGLIPTIN-METFORMIN</b>	<b>TRIJARDY XR</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL</b>	<b>SYNJARDY</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
GLYBURIDE-METFORMIN HCL TABLETS	GLYBURIDE/METFORMIN HCL						
<b>LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLETS</b>	<b>JENTADUETO</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLET 24-HOUR</b>	<b>JENTADUETO XR</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TABLETS	ACTOPLUS MET						
PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TABLET 24-HOUR	ACTOPLUS MET XR						
<b>SITAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLETS</b>	<b>JANUMET</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>SITAGLIPTIN-METFORMIN HCL TABLET 24-HOUR</b>	<b>JANUMET XR</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>BIGUANIDAS</b>							
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			
<b>OTROS ANTIDIABÉTICOS</b>							
DASIGLUCAGON HCL SOLN AUTO-INJ	ZEGALOGUE		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	30
<b>DIAZOXIDE SUSPENSION</b>	<b>PROGLYCEM</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>					
GLUCAGON HCL (RDNA) SOLUTION	GLUCAGEN HYPOKIT		MEDICAMENTO PREFERIDO			2	30
GLUCAGON SOLUTION AUTOINJECTOR - ADULT	GVOKE HYPO		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	30
GLUCAGON SOLUTION AUTOINJECTOR - PEDIATRIC	GVOKE HYPO		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	30
GLUCAGON SOLUTION	GVOKE KIT		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	30
GLUCAGON SOLN PREF SYR	GVOKE PFS		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	30
<b>INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)</b>							
ALOGLIPTIN BENZOATE TABLETS	NESINA		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>LINAGLIPTIN TABLETS</b>	<b>TRADJENTA</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>SITAGLIPTIN PHOSPHATE TABLETS</b>	<b>JANUVIA</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)</b>							
DULAGLUTIDE SOLUTION PEN-INJECTION	TRULICITY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
EXENATIDE SOLUTION PEN INJECTION	BYETTA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
LIRAGLUTIDE SOLUTION PEN INJECTION	VICTOZA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES DIVERSOS PARA DIABÉTICOS</b>							
PRAMLINTIDE	SYMLIN PEN		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES SENSIBILIZADORES A LA INSULINA</b>							
INSULIN DEGLUDEC SOLUTION	TRESIBA						
INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJ	TRESIBA						
PIOGLITAZONE HCL TABLETS	ACTOS						
<b>INSULINA</b>							
INSULIN LISPRO (HUMAN) SOLUTION	HUMALOG	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN LISPRO (HUMAN) SOLUTION CARTRIDGE	HUMALOG	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				



**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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 LISPRO PROTAMINE & LISPRO (HUMAN) SUSPENSION PEN INJECTION (50-50)	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN LISPRO PROTAMINE & LISPRO SUSPENSION (75-25)	HUMALOG MIX 75/25	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN LISPRO PROTAMINE & LISPRO (HUMAN) SUSPENSION PEN INJECTION (75-25)	HUMALOG MIX 75/25 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				

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART SOLUTION PEN-INJECTION	NOVOLOG FLEXPEN	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART PROTAMINE & ASPART (HUMAN) SUSPENSION (70/30)	NOVOLOG MIX 70/30	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART PROTAMINE & ASPART (HUMAN) SUSPENSION PEN INJECTION (70/30)	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
INSULIN ASPART SOLUTION CARTRIDGE	NOVOLOG PENFILL	SOLO GENÉRICOS AUTORIZADOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>ANÁLOGOS DE LA MEGLITINIDA</b>							
NATEGLINIDE TABLETS	STARLIX						
REPAGLINIDE TABLETS	PRANDIN						
<b>SGLT2S</b>							
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	FARXIGA		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
CANAGLIFLOZIN	INVOKANA		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
EMPAGLIFLOZIN	JARDIANCE		MEDICAMENTO PREFERIDO		PASAR POR TRATAMIENTO CON METFORMINA		
<b>SULFONILUREAS</b>							
GLIMEPIRIDE TABLETS (1MG, 2MG, 4MG)	AMARYL						
GLIPIZIDE TABLETS	GLUCOTROL						
GLIPIZIDE TABLET 24-HOUR	GLUCATROL XL						
GLYBURIDE MICRONIZED TABLETS	GLYNASE						
GLYBURIDE TABLETS	DIABETA						
<b>ANTIARRÉMICOS</b>							
<b>AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS</b>							
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						
<b>ANTIDOTOS</b>							
<b>ANTAGONISTAS OPIÁCEOS</b>							
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
<b>ANTIEMÉTICOS</b>							
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES 5-HT3</b>							
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 > 8mg por dosis		300	30
ONDANSETRON HCL ODT TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para comprimidos > 8mg por dosis		60	30
ONDANSETRON HCL TABLETS	VARIOS			SE REQUIERE PA para comprimidos > 8mg por dosis		60	30
<b>ANTIEMÉTICOS VARIOS</b>							
PROCHLORPERAZINE MALEATE TABLETS	COMPAZINE						
PROCHLORPERAZINE SUPPOSITORY	COMPAZINE						

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

<b>SUSTANCIA P/ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE NEUROQUININA 1 (NK1)</b>						
APREPITANT CAPSULES	EMEND				6	21
<b>ANTIMICÓTICOS</b>						
<b>ANTIFÚNGICOS ORALES</b>						
CLOTRIMAZOLE TROCHE	VARIOS					
GRISEOFULVIN SUSPENSION	VARIOS					
GRISEOFULVIN MICROSIZED TABLETS	GRIFULVIN V					
NYSTATIN SUSPENSION	NYSTATIN					
NYSTATIN TABLETS	NYSTATIN					
TERBINAFINE HCL TABLETS	LAMISIL				90	365
<b>ANTIFÚNGICOS RELACIONADOS CON LOS IMIDAZOLES</b>						
FLUCONAZOLE SUSPENSION	DIFLUCAN				600	30
FLUCONAZOLE TABLETS	DIFLUCAN				60	30
VORICONAZOLE TABLET	VFEND			SE REQUIERE PA		

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
VORICONAZOLE SUSPENSION	VFEND	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA			
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>							
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS</b>							
BROMPHENIRAMINE MALEATE	J-TAN PD						
CHLORPHENIRAMINE MALEATE	CHLORPHENIRAMINE MALEATE						
DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE SYRUP	DEXCHLORPHENIRAMINE MALEATE						
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS</b>							
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						
DIPHENHYDRAMINE HCL SOLUTION	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL SUSPENSION	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL SYRUP	VARIOS						
DIPHENHYDRAMINE HCL TABLETS	VARIOS						
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - NO SEDANTES</b>							
CETIRIZINE HCL CAPSULES	ZYRTEC ALLERGY					30	30
CETIRIZINE HCL CHEWABLE TABLETS	VARIOS					30	30
CETIRIZINE HCL SYRUP	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 SUSPENSION	ALLEGRA ALLERGY CHILDRENS					150	30
FEXOFENADINE HCL TABLETS	ALLEGRA ALLERGY CHILDRENS					30	30
FEXOFENADINE HCL ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	ALLEGRA ALLERGY CHILDRENS					30	30
LORATADINE CAPSULES	CLARITIN					30	30
LORATADINE CHEWABLE TABLETS	CLARITIN					30	30
LORATADINE SYRUP	CLARITIN					150	30
LORATADINE TABLETS	ALAVERT					30	30
LORATADINE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	CLARITIN REDITABS					30	30
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - FENOTIAZINAS</b>							
PROMETHAZINE HCL SUPPOSITORY	PHENERGAN						
PROMETHAZINE HCL TABLETS	PROMETHAZINE HCL						
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS</b>							
CYPROHEPTADINE HCL SYRUP	CYPROHEPTADINE HCL						
CYPROHEPTADINE HCL TABLETS	CYPROHEPTADINE HCL						
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS</b>							
<b>SECUESTRADORES DE ÁCIDOS BILIARES</b>							
CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKETS	PREVALITE						
CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	PREVALITE						
CHOLESTYRAMINE PACKETS	QUESTRAN						
CHOLESTYRAMINE POWDER	QUESTRAN						
COLESTIPOL HCL TABLETS	COLESTID						
<b>DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO</b>							
FENOFIBRATE MICRONIZED CAPSULES 67MG, 134MG & 200MG	VARIOS						
FENOFIBRATE TABLETS 48MG, 54MG, 145MG & 160MG	VARIOS						
FENOFIBRIC ACID TABLETS	FIBRICOR						
GEMFIBROZIL TABLETS	LOPID						
<b>INHIBIDORES DE LA COA REDUCTASA HMG</b>							
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

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS

<b>INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN INTESTINAL DEL COLESTEROL</b>							
EZETIMIBE TABLETS	ZETIA			MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA		
<b>DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO</b>							
NIACIN CAPSULE CONTROLLED RELEASE	VARIOS						
NIACIN TABLET CONTROLLED RELEASE	VARIOS						
<b>VARIOS SUSTANCIAS NUTRITIVAS</b>							
OMEGA-3 FATTY ACIDS CAPSULES	ACEITE DE PESCADO						
OMEGA-3 FATTY ACIDS CAPSULE DELAYED RELEASE	ACEITE DE PESCADO						
<b>ANTIHIPERTENSIVOS</b>							
<b>INHIBIDORES DE LA ACE</b>							
BENAZEPRIL HCL TABLETS	BENAZEPRIL HCL						
CAPTAPRIL TABLETS	CAPTAPRIL						
ENALAPRIL MALEATE SOLUTION	EPANED						
ENALAPRIL MALEATE TABLETS	VASOTEC						
FOSINOPRIL SODIUM TABLETS	FOSINOPRIL SODIUM						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
LISINOPRIL TABLETS	ZESTRIL						
MOEXIPRIL HCL TABLETS	UNIVASC						
PERINDOPRIL ERBUMINE TABLETS	ACEON						
QUINAPRIL HCL TABLETS	ACCUPRIL						
RAMIPRIL CAPSULES	ALTACE						
TRANDOLAPRIL TABLETS	MAVIK						
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II</b>							
IRBESARTAN TABLETS	AVAPRO						
LOSARTAN POTASSIUM TABLETS	COZAAR						
VALSARTAN SOLUTION	VALSARTAN			SE REQUIERE PA para mayores de 7 años			
VALSARTAN TABLETS	DIOVAN						
<b>ANTIHIPERTENSIVOS ANTIADRENÉRGICOS</b>							
CLONIDINE HCL PATCH-WEEKLY	CATAPRES-TTS-1			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		4	28
CLONIDINE HCL TABLETS	CATAPRES						
CLONIDINE HCL (ADHD) TABLET 12-HOUR	CLONIDINE ER			SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		120	30
DOXAZOSIN MESYLATE TABLETS	CARDURA						
GUANFACINE HCL TABLETS	TENEX						
GUANFACINE HCL (ADHD) TABLET 24-HOUR	GUANFACINE ER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para menores de 6 años.		30	30
METHYLDOPA TABLETS	METHYLDOPA						
PRAZOSIN HCL CAPSULES	MINIPRESS						
TERAZOSIN HCL CAPSULES	TERAZOSIN HCL						
<b>COMBINACIONES ANTIHIPERTENSIVAS</b>							
ATENOLOL & CHLORTHALIDONE TABLETS	VARIOS						
CAPTAPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	CAPTAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE						
ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ENALAPRIL MALEATE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE						
FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	FOSINOPRIL SODIUM/ HYDROCHLOROTHIAZIDE						
LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ZESTORETIC						
LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	HYZAAR						
MOEXIPRIL - HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	UNIRETIC						
QUINAPRIL - HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ACCURETIC						
VALSARTAN - HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	DIOVAN HCT						
<b>ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ALDOSTERONA (SARAS)</b>							
EPLERENONE TABLETS	INSpra			SE REQUIERE PA			
<b>VASODILADORES</b>							
HYDRALAZINE HCL TABLETS	HYDRALAZINE HCL						
MINOXIDIL TABLETS	MINOXIDIL						
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS - VARIOS</b>							
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS - VARIOS</b>							
METRONIDAZOLE TABLETS	FLAGYL						
METRONIDAZOLE SUSPENSION	LIKMEZ			NO SE REQUIERE PA PARA MENORES DE 10 AÑOS			
RIFAXIMIN TABLETS	XIFAXAN						
TINIDAZOLE	VARIOS						
TRIMETHOPRIM TABLETS	TRIMETHOPRIM						
VANCOMYCIN HCL CAPSULES	VANCOCIN HCL			SE REQUIERE PA			
<b>VANCOMYCIN HCL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>FIRVANQ (ORAL)</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>					
<b>ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES</b>							
ERYTHROMYCIN-SULFISOXAZOLE SUSPENSION	E.S.P.						
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSPENSION	SULFATRIM PEDIATRIC						
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TABLETS	BACTRIM						
<b>LEPROSTÁTICOS</b>							
DAPSONE TABLETS	DAPSONE						
<b>OXAZOLIDINONAS</b>							
LINEZOLID SUSPENSION	ZYVOX			SE REQUIERE PA			
LINEZOLID TABLETS	ZYVOX			SE REQUIERE PA			
<b>ANTIMALÁRICOS</b>							
<b>COMBINACIONES ANTIPALÚDICAS</b>							

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

ARTEMETHER-LUMEFANTRINE TABLETS	COARTEM						
ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TABLETS	MALARONE						
<b>ANTIMALÁRICOS</b>							
CHLOROQUINE PHOSPHATE TABLETS	CHLOROQUINE PHOSPHATE						
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TABLETS	PLAQUENIL						
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABLETS	PRIMAQUINE PHOSPHATE						
QUININE SULFATE CAPSULES	QUALAQUIN						
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>							
ETHAMBUTOL HCL TABLETS	MYAMBUTOL						
ISONIAZID SYRUP	ISONIAZID						
ISONIAZID TABLETS	ISONIAZID						
PYRAZINAMIDE TABLETS	PYRAZINAMIDE						
RIFAMPIN CAPSULES	RIFADIN						
<b>ONCOLOGÍA - LOS AGENTES ANTINEOPLÁSICOS REEMBOLSABLES A NIVEL FEDERAL, NO INCLUIDOS EN LA SIGUIENTE LISTA, ESTÁN DISPONIBLES MEDIANTE AUTORIZACIÓN PREVIA</b>							
<b>AGENTES ANTIMETABOLITOS</b>							

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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			
<b>ANTIMETABOLITOS</b>							
MERCAPTOPURINE TABLETS	PURINETHOL						
METHOTREXATE SODIUM TABLETS	METHOTREXATE						
<b>ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS</b>							
RITUXIMAB-ABBS	TRUXIMA			SE REQUIERE PA			
RITUXIMAB-PVVR	RUXIENCE			SE REQUIERE PA			
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA ANGIOGÉNESIS</b>							
BEVACIZUMAB-AWWWB INJECTION	MVASI			SE REQUIERE PA			
BEVACIZUMAB-BVZR INJECTION	ZIRABEV			SE REQUIERE PA			
<b>ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES ANTI-HER2</b>							
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			
<b>ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES HORMONALES Y AFINES</b>							
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 (3 MONTH) KIT	LUPRON DEPOT			SE REQUIERE PA			
LEUPROLIDE ACETATE (4 MONTH) KIT	LUPRON DEPOT			SE REQUIERE PA			
LEUPROLIDE ACETATE KIT	LUPRON DEPOT			SE REQUIERE PA			
TAMOXIFEN CITRATE TABLETS	TAMOXIFEN CITRATE						
TOREMIFENE CITRATE TABLETS	FARESTON			SE REQUIERE PA			
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES ENZIMÁTICOS</b>							
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			
PAZOPANIB HCL TABLETS	VOTRIENT			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			
<b>ANTINEOPLÁSICOS - VARIOS</b>							
BEXAROTENE CAPSULES	TARGRETIN			SE REQUIERE PA			
HYDROXYUREA CAPSULES	HYDREA						
INTERFERON ALFA-2B SOLUTION	INTRON A			SE REQUIERE PA			
INTERFERON ALFA-2B SOLUTION	INTRON A			SE REQUIERE PA			

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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			
<b>AGENTES QUIMIOTERAPÉUTICOS DE RESCATE/ANTÍDOTOS</b>							
LEUCOVORIN CALCIUM TABLETS	LEUCOVORIN CALCIUM			SE REQUIERE PA			
<b>INHIBIDORES MITÓTICOS</b>							
ETOPOSIDE CAPSULES	ETOPOSIDE			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>							
<b>ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS</b>							
BENZTROPINE MESYLATE TABLETS	BENZTROPINE MESYLATE						
TRIHEXYPHENIDYL HCL ELIXIR	TRIHEXYPHENIDYL HCL						
TRIHEXYPHENIDYL HCL TABLETS	TRIHEXYPHENIDYL HCL						
<b>ANTIPARKINSONIANOS INHIBIDORES DE LA COMT</b>							
ENTACAPONE TABLETS	COMTAN						
<b>DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS</b>							
AMANTADINE HCL CAPSULES	AMANTADINE HCL						
AMANTADINE HCL SYRUP	AMANTADINE HCL						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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						
<b>ANTIPSCÓTICOS/ANTIMANIÁCOS</b>							
<b>ANTIMANIÁCOS</b>							
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.			
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>							
<b>ANTIPSCÓTICOS - SEGUNDA GENERACIÓN - AGENTES ORALES ATÍPICOS</b>							
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

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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
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
<b>ANTIPSICÓTICOS - SEGUNDA GENERACIÓN - INYECTABLES ATÍPICOS DE ACCIÓN PROLONGADA</b>						
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

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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 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 por los Contratistas de la MCO.		2	28
<b>ANTIPSICÓTICOS - PRIMERA GENERACIÓN - AGENTES ORALES TÍPICOS</b>							
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.			

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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.			
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.			
<b>ANTIPSIQUICÓTICOS - PRIMERA GENERACIÓN - TÍPICOS - INYECCIONES DE ACCIÓN PROLONGADA</b>							
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.			
<b>ANTIVIRALES</b>							
<b>ANTIRRETROVIRALES</b>							
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

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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			
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	DESCOBY		MEDICAMENTO PREFERIDO		30	30
EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TABLETS	TRUVADA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			
ENFUVIRTIDE SOLUTION	FUZEON		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA	1	30
FOSAMPRENAVIR CALCIUM SUSPENSION	LEXIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO			
FOSAMPRENAVIR CALCIUM TABLETS	LEXIVA		MEDICAMENTO PREFERIDO			
INDINAVIR SULFATE CAPSULES	CRIXIVAN					
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			
<b>AGENTES CMV</b>						
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		
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS B</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					
TELBIVUDINE TABLETS	TYZEKA			SE REQUIERE PA		
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS C</b>						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
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	De 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	De por vida



**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

PEGINTERFERON ALFA-2A SOLUTION	PEGASYS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGINTERFERON ALFA-2B KIT	PEGINTRON		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
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	De por vida
<b>AGENTES PARA EL HERPES</b>							
ACYCLOVIR SUSPENSION	ZOVIRAX						
ACYCLOVIR TABLETS	ZOVIRAX						
FAMCICLOVIR TABLETS	FAMVIR			SE REQUIERE PA			
VALACYCLOVIR HCL TABLETS	VALTREX			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES ANTIGRIPALES</b>							
OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAPSULES	TAMIFLU					20	270
OSELTAMIVIR PHOSPHATE SUSPENSION	TAMIFLU						
RIMANTADINE HYDROCHLORIDE TABLETS	FLUMADINE						
ZANAMIVIR AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	RELENZA DISKHALER					40	270
<b>VARIOS ANTIVIRALES</b>							
MOLNUPIRAVIR CAPSULES	LAGEVIRIO			Edad mínima del paciente: 18 años		80	365
NIRMATRELVIR-RITONAVIR	PAXLOVID			Edad mínima del paciente: 12 años		60	365
REMDESIVIR SOLUTION	VEKLURY						
REMDESIVIR FOR SOLUTION	VEKLURY						
<b>DIVERSAS CLASES</b>							
<b>HEMODERIVADOS - INMUNOGLOBULINAS</b>							
IMMUNE GLOBULIN	BIVIGAM (IV)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	FLEBOGFAMMA DIF (IV)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	GAMMAGARD LIQUID (INJ)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	GAMMAKED (INJ)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	GAMUNEX-C (INJ)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	HIZENTRA (SUBQ)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	OCTAGAM (IV)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	PRIVIGEN (IV)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
IMMUNE GLOBULIN	XEMBIFY (SUBQ)	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES QUELANTES</b>							
PENICILLAMINE CAPSULES	CUPRIMINE						
<b>INMUNOMODULADORES</b>							
LENALIDOMIDE CAPSULES	REVLIMID			SE REQUIERE PA			
THALIDOMIDE CAPSULES	THALOMID			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES</b>							
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						
<b>INHIBIDORES DE ROCK2</b>							
BELUMOSUDIL MESYLATE	REZUROCK			SE REQUIERE PA			
<b>RESINAS ELIMINADORAS DE POTASIO</b>							
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER	KAYEXALATE						
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE SUSPENSION	KIONEX						
<b>BETABLOQUEADORES</b>							
<b>BLOQUEADORES ALFA-BETA</b>							
CARVEDILOL TABLETS	COREG		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LABELALOL HCL TABLETS	TRANDATE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>BETABLOQUEANTES CARDIOSELECTIVOS</b>							
ATENOLOL TABLETS	TENORMIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ATENOLOL/CHLORTHALIDONE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BISOPRODOL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
BISOPRODOL/HCTZ	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
METOPROLOL TARTRATE TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
METOPROLOL SUCCINATE TABLET XL 24-HOUR	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
METOPROLOL TARTRATE/HCTZ	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
NEBIVOLOL HCL TABLET	BYSTOLIC						
<b>BETABLOQUEANTES NO SELECTIVOS</b>							

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
PROPRANOLOL HCL TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
PROPRANOLOL / HCTZ	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
SOTALOL HCL TABLETS	BETAPACE		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>BLOQUEANTES CÁLCICOS</b>							
<b>BLOQUEANTES CÁLCICOS</b>							
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
<b>CARDIOTÓNICOS</b>							
<b>GLUCÓSIDOS CARDÍACOS</b>							
DIGOXIN SOLUTION	DIGOXIN						
DIGOXIN TABLETS	LANOXIN						
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES - VARIOS</b>							
<b>INHIBIDOR DE LA NEPRILISINA DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSTINA</b>							
SACUBITRIL / VALSARTAN	ENTRESTO			SE REQUIERE PA			
SACUBITRIL-VALSARTAN CAPSULE SPRINKLE	ENTRESTO SPRINKLE			SE REQUIERE PA			
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA</b>							
AMBRISENTAN TABLETS	LETAIRIS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
BOSENTAN TABLETS	TRACLEER		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDOR DE LA FOSFODIESTERASA</b>							
SILDENAFIL CITRATE (PULMONARY HYPERTENSION) SUSPENSION	LIQREV		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 12 años			
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		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TADALAFIL (PULMONARY HYPERTENSION) TABLETS	ADCIRCA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>VASODILADORES DE PROSTAGLANDINA**</b>							
TREPROSTINIL DIOLAMINE TABLET ER	ORENITRAM			SE REQUIERE PA			
TREPROSTINIL DIOLAMINE TBER THER PACK	ORENITRAM			SE REQUIERE PA			
<b>CEFALOSPORINAS</b>							
<b>CEFALOSPORINAS - PRIMERA GENERACIÓN</b>							
CEFADROXIL CAPSULES	CEFADROXIL						
CEFADROXIL SUSPENSION	CEFADROXIL						
CEFADROXIL TABLETS	CEFADROXIL						
CEPHALEXIN CAPSULES	KEFLEX						
CEPHALEXIN SUSPENSION	CEPHALEXIN						
CEPHALEXIN TABLETS	CEPHALEXIN						
<b>CEFALOSPORINAS - SEGUNDA GENERACIÓN</b>							
CEFACLOR CAPSULES	CEFACLOR						
CEFACLOR SUSPENSION	CEFACLOR						
CEFPROZIL SUSPENSION	CEFPROZIL						
CEFPROZIL TABLETS	CEFPROZIL						
CEFUROXIME AXETIL SUSPENSION	CEFTIN						
CEFUROXIME AXETIL TABLETS	CEFTIN						
<b>CEFALOSPORINAS - TERCERA GENERACIÓN</b>							
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						
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>							
<b>ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - ORALES</b>							
DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TABLET	APRI						
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (BIPHASIC) TABLETS	AZURETTE						
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	CAZANT						
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	OCELLA						
ETHYNODIOL DIACET & ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	KELNOR 1/35						
LEVONORGESTREL & ETH ESTRADIOL TABLET CHEWABLE	TYBLUME						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	AUBRA						

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	ENPRESSE-28						
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TABLETS	AMETHIA LO						
LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TABLETS	AMETHYST						
NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP	VARIOS						
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TABLETS	JUNEL FE						
NORETHINDRONE ACET & ETH ESTRA TABLET DISINTEGRATING	FEMLYV						
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEWABLES	MELODETTA 24 FE						
NORETHINDRONE & ETH ESTRADIOL TABLETS	BALZIVA						
NORETHINDRONE & MESTRANOL TABLETS	NECON 1/50-28						
NORETHINDRONE ACET & ETH ESTRA TABLETS	GILDESS 1/20						
NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TABLETS	ESTROSTEP FE						
NORETHIN ACET & ESTRAD-FE TABLETS	LOESTRIN FE TAB 1/20						
NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL (BIPHASIC) TABLETS	NECON 10/11-28						
NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	CYCLAFEM 7/7/7						
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEWABLES	KAITLIB FE						
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL (TRIPHASIC) TABLETS	ORTHO TRI-CYCLEN						
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	ESTARYLLA						
NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TABLETS	CRYSSELLE-28						
<b>ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - VAGINALES</b>							
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL RING	NUVARING	SOLO DE MARCA					
<b>ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU</b>							
COPPER IUD	PARAGARD					1	999 días
<b>ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA</b>							
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	PLAN B ONE-STEP OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	AFTERA OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	LEVONORGESTREL OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	MY CHOICE OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	MY WAY OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	NEW DAY OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	OPTION 2 OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
LEVONORGESTREL (EMERGENCY OC) TABLETS	TAKE ACTION OTC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
ULIPRISTAL ACETATE TABLETS	ELLA		MEDICAMENTO PREFERIDO			1	5
<b>PROGESTINAS</b>							
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLETS	PROVERA		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NORETHINDRONE ACETATE	AYGESTIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
PROGESTERONE MICRONIZED CAPSULES	PROMETRIUM		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES</b>							
ETONOGESTREL IMPLANT	NEXPLANON					1	999 días
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLE</b>							
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (CONTRACEPTIVE) SUSPENSION	DEPO-PROVERA CONTRACEPTIVE						
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU</b>							
LEVONORGESTREL (IUD)	LILETTA					1	999 días
LEVONORGESTREL (IUD)	SKYLA					1	730 días
LEVONORGESTREL (IUD)	MIRENA					1	999 días
LEVONORGESTREL (IUD)	KYLEENA					1	730 días
<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROGESTINA</b>							
NORETHINDRONE (CONTRACEPTIVE) TABLETS	CAMILA						
NORGESTREL TABLET	OPILL						
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTÁGENO - TRANSDÉRMICOS</b>							
NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL PATCH WEEKLY	XULANE						
<b>CORTICOSTEROIDES</b>							
<b>GLUCOCORTICOSTEROIDES</b>							
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						
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	ORAPRED ODT						
PREDNISOLONE SYRUP	PRELONE						
PREDNISOLONE TABLETS	VARIOS						
PREDNISONE CONCENTRATE	PREDNISONE INTENSOL						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
--	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

PREDNISONE SOLUTION	PREDNISONE							
PREDNISONE TABLETS	PREDNISONE							
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			
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>								
FLUDROCORTISONE ACETATE TABLETS	FLORINEF							
<b>ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES MINERALOCORTICOIDES NO ESTEROIDEOS</b>								
FINERENONE TABLETS	KERENDIA				SE REQUIERE PA			
<b>TOS/RESFRIADO/ALERGIA</b>								
<b>ANTITUSÍGENOS</b>								
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			
<b>COMBINACIONES DE TOS/RESFRIADO/ALERGIA</b>								
BROMPHENIRAMINE & PSEUDOEPHEDRINE LIQUID	VARIOS							
BROMPHENIRAMINE &PSEUDOEPHEDRINE TABLET 12-HOUR	VARIOS							
BROMPHENIRAMINE-DEXTROMETHORPHAN-PHENYLEPHRINE LIQUID/TABLETS	VARIOS							
CETIRIZINE-PSEUDOEPHEDRINE TABLET 12-HOUR	VARIOS					30	30	
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							
FEXOFENADINE-PSEUDOEPHEDRINE TABLET 12-HOUR	VARIOS					30	30	
FEXOFENADINE-PSEUDOEPHEDRINE TABLET 24-HOUR	VARIOS					30	30	
GUAIFENESIN-CODEINE SYRUP	ROBITUSSIN AC				SE REQUIERE PA para menores de 18 años	240	12	
LORATADINE & PSEUDOEPHEDRINE TABLET 12-HOUR	ALAVERT ALLERGY/SINUS					30	30	
LORATADINE & PSEUDOEPHEDRINE TABLET 24-HOUR	CLARITIN-D 24 HOUR					30	30	
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	
<b>EXPECTORANTES</b>								
GUAIFENESIN LIQUID	VARIOS					480	30	
GUAIFENESIN SYRUP	VARIOS					480	30	
GUAIFENESIN TABLETS	VARIOS							
GUAIFENESIN TABLET 12-HOUR	VARIOS							
<b>DERMATOLÓGICOS</b>								
<b>PRODUCTOS PARA EL ACNÉ</b>								
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							
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (TOPICAL) SWAB	CLEOCIN-T							

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
CLINDAMYCIN PHOSPHATE-BENZOYL PEROXIDE (REFRIGERATE)	CLINDAMY/BEN						

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

ERYTHROMYCIN ACNE GEL	VARIOS	NDC: 45802096694, 45802096696, 63739005366, 63739005368					
ERYTHROMYCIN (ACNE AID) SOLUTION	ERYTHROMYCIN						
ISOTRETINOIN CAPSULES	ABSORICA				SE REQUIERE PA		
TRETINOIN CREAM	RETIN-A	SOLO DE MARCA			SE REQUIERE PA para mayores de 26 años		
TRETINOIN GEL	RETIN-A	SOLO DE MARCA			SE REQUIERE PA para mayores de 26 años		
<b>ANTIBIÓTICOS - TÓPICOS</b>							
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						
MUPIROCIIN CALCIUM CREAM	BACTROBAN						
MUPIROCIIN OINTMENT	BACTROBAN						
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN OINTMENT	NEOSPORIN						
<b>ANTIFÚNGICOS - TÓPICOS</b>							
BUTENAFINE	LOTRIMIN ULTRA						
CICLOPROX CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CICLOPROX SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CLOTRIMAZOLE CREAM (RX & OTC)	LOTRIMIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CLOTRIMAZOLE OINTMENT	LOTRIMIN						
CLOTRIMAZOLE TOPICAL SOLUTION	CLOTRIMAZOLE (SOLO CON RECETA MÉDICA)						
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				
<b>ANTIISTAMÍNICOS - TÓPICOS</b>							
DIPHENHYDRAMINE HCL CREAM	ANTI-ITCH MAXIMUM STRENGTH						
DIPHENHYDRAMINE HCL GEL	BENADRYL ITCH STOPPING						
DIPHENHYDRAMINE HCL SOLUTION	BENADRYL MAXIMUM STRENGTH						
<b>ANTISEBORREICOS TÓPICOS</b>							
SELENIUM SULFIDE LOTION	SELSUN SHAMPOO						
<b>ANTIVIRALES TÓPICOS</b>							
DOCOSANOL 10% CREAM	ABREVA		MEDICAMENTO PREFERIDO			2GM	30
ACYCLOVIR OINTMENT	ZOVIRAX	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			15GM	30
ACYCLOVIR OINTMENT	ZOVIRAX		MEDICAMENTO PREFERIDO			15GM	30
<b>PRODUCTOS PARA QUEMADURAS</b>							
SILVER SULFADIAZINE CREAM	SILVADENE						
<b>CORTICOSTEROIDES - TÓPICOS DE BAJA POTENCIA</b>							
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				
HYDROCORTISONE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUOCINOLONE 0.01% OIL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE POTENCIA MEDIA</b>							
FLUTICASONA PROPIONATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
FLUTICASONA PROPIONATE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONA FUROATE CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONA FUROATE OINTMENT	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MOMETASONA FUROATE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>CORTICOSTEROIDES - ALTA POTENCIA TÓPICA</b>							
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				

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
--	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

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				
<b>CORTICOSTEROIDES - TÓPICOS DE MUY ALTA POTENCIA</b>							
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
<b>ESTEROIDES - BUCALES/FARÍNGEOS/DENTALES**</b>							
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (MOUTH) PASTE	ORALONE DENTAL PASTE					10	30
<b>AGENTES ENZIMAS</b>							
RUXOLITINIB PHOSPHATE (TOPICAL) CREAM	OPZELURA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TRALOKINUMAB-LDRM SOLN AUTO-INJ	ADBRY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
TRALOKINUMAB-LDRM SOLN PREF SYR	ADBRY		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>ENZIMAS - TÓPICOS</b>							
TACROLIMUS (TOPICAL) OINTMENT	PROTOPIC		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES - TÓPICOS</b>							
PIMECROLIMUS CREAM	ELIDEL			SE REQUIERE PA		60mg	30
PIMECROLIMUS CREAM	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			60mg	30
<b>AGENTES QUERATOLÍTICOS/ANTIMITÓTICOS</b>							
SALICYLIC ACID CREAM	SALACYN						
SALICYLIC ACID FOAM	SALVAX						
SALICYLIC ACID GEL	KERALYT						
SALICYLIC ACID LIQUID	VIRASAL						
SALICYLIC ACID LOTION	SALACYN						
SALICYLIC ACID SHAMPOO	SALEX						
SALICYLIC ACID SOLUTION	VARIOS						
<b>ANESTÉSICOS LOCALES - TÓPICOS</b>							
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						
<b>TÓPICOS - VARIOS</b>							
ALUMINUM CHLORIDE SOLUTION	DRYSOL						
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) - TÓPICOS</b>							
CRISABOROLE OINTMENT	EUCRISA		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES TÓPICOS PARA LA ROSÁCEA</b>							
METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	METROCREAM						
METRONIDAZOLE GEL 0.75%	METROGEL						
METRONIDAZOLE LOTION	METROLOTION						
<b>AGENTES TÓPICOS ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS + A1106</b>							
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			
<b>PRODUCTOS DIAGNÓSTICOS</b>							
<b>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>							
BLOOD GLUCOSE MONITORS & STRIPS	VARIOS						
<b>PRODUCTOS DIGESTIVOS</b>							
<b>ENZIMAS DIGESTIVAS</b>							
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
<b>DIURÉTICOS</b>							
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>							
ACETAZOLAMIDE CAPSULE 12-HOUR	DIAMOX						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas	Estado del medicamento	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad	Días QL
--	----------------------------------	---------------------	------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--------------------	---------

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS

		genéricas	preferido		(QL)
ACETAZOLAMIDE TABLETS	ACETAZOLAMIDE				
METHAZOLAMIDE TABLETS	NEPTAZANE				
<b>COMBINACIONES DE DIURÉTICOS</b>					
SPIRONOLACTONE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	ALDACTAZIDE				
TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE CAPSULES	DYAZIDE				
TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS	MAXZIDE-25				
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>					
BUMETANIDE TABLETS	BUMETANIDE				
FUROSEMIDE SOLUTION	FUROSEMIDE				
FUROSEMIDE TABLETS	LASIX				
TORSEMIDE TABLETS	DEMADEX				
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>					
SPIRONOLACTONE TABLETS	ALDACTONE				
<b>THIAZIDAS Y DIURÉTICOS SIMILARES A LAS THIAZIDAS</b>					
CHLOROTHIAZIDE SUSPENSION	DIURIL				
CHLOROTHIAZIDE TABLETS	CHLOROTHIAZIDE				
CHLOROTHALIDONE TABLETS	CHLOROTHALIDONE				
HYDROCHLOROTHIAZIDE CAPSULES 12.5MG	VARIOS				
HYDROCHLOROTHIAZIDE TABLETS 25MG & 50MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE				
INDAPAMIDE TABLETS	INDAPAMIDE				
METOLAZONE TABLETS	ZAROXOLYN				
<b>AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - VARIOS</b>					
<b>REGULADORES DE LA DENSIDAD ÓSEA</b>					
ALENDRONATE SODIUM SOLUTION	ALENDRONATE SODIUM				
ALENDRONATE SODIUM TABLETS	ALENDRONATE SODIUM				
CALCITONIN (SALMON) SOLUTION	FORTICAL				
DENOSUMAB	PROLIA			SE REQUIERE PA	
IBANDRONATE SODIUM	BONIVA				
RALOXIFENE TABLETS	VARIOS				
TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	FORTEO	SOLO DE MARCA		SE REQUIERE PA	
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>					
SOMATROPIN SOLUTION	NORDITROPIN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA	
SOMATROPIN SOLUTION	GENOTROPIN	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA	
<b>MODULADORES DE LOS RECEPTORES HORMONALES</b>					
RALOXIFENE HCL TABLETS	EVISTA				
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO SIMILARES A LA INSULINA (SOMATOMEDINAS)</b>					
MECASERMIN SOLUTION	INCRELEX			SE REQUIERE PA	
<b>AGONISTAS LHRH/GNRH ANÁLOGOS SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>					
LEUPROLIDE ACETATE (CPP) (3 MONTH) KIT	LUPRON DEPOT-PED			SE REQUIERE PA	
LEUPROLIDE ACETATE (CPP) KIT	LUPRON DEPOT-PED			SE REQUIERE PA	
<b>MODIFICADORES METABÓLICOS</b>					
CINACALCET HCL TABLETS	SENSIPAR			SE REQUIERE PA	
IDURSULFASE SOLUTION	ELAPRASE			SE REQUIERE PA	
<b>HORMONAS HIPOFISARIAS POSTERIORES</b>					
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	
<b>ESTRÓGENOS</b>					
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS</b>					
CONJUGATED ESTROGENS-MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLETS	PREMPRO				
ESTRADIOL-LEVONORGESTREL PATCH-WEEKLY	CLIMARA PATCH				
<b>ESTRÓGENOS</b>					
ESTERIFIED ESTROGENS TABLETS	MENEST				
ESTRADIOL PATCH-TWICE WEEKLY	ALORA				
ESTRADIOL PATCH-WEEKLY	MENOSTAR				
ESTRADIOL TABLETS	ESTRACE				
ESTROGENS, CONJUGATED SYNTHETIC A TABLETS	CENESTIN				
ESTROGENS, CONJUGATED TABLETS	PREMARIN				
ESTROPIPATE TABLETS	ORTHO-EST				
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>					
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>					
CIPROFLOXACIN HCL TABLETS	CIPROFLOXACIN HCL				
LEVOFLOXACIN SOLUTION	LEVAQUIN				
LEVOFLOXACIN TABLETS	LEVAQUIN				
OFLOXACIN TABLETS	OFLOXACIN				
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES - VARIOS</b>					
<b>AGENTES SOLUBILIZANTES DE CÁLCULOS BILIARES</b>					
URSODIOL CAPSULES	ACTIGALL				
URSODIOL TABLETS	URSO 250				
<b>ACTIVADORES GASTROINTESTINALES DE LOS CANALES DE CLORURO</b>					

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
LUBIPROSTONE CAPSULES	AMITIZA			SE REQUIERE PA			
<b>ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES</b>							
METOCLOPRAMIDE HCL SOLUTION	VARIOS						
METOCLOPRAMIDE HCL TABLETS	VARIOS						
METOCLOPRAMIDE HCL ORALLY DISINTEGRATING TABLETS	VARIOS						
<b>AGENTES INFLAMATORIOS INTESTINALES</b>							
BALSALAZIDE DISODIUM TABLETS	GIAZO		MEDICAMENTO PREFERIDO			270	30
<b>INFLIXIMAB</b>	<b>INFLIXIMAB</b>	<b>SOLO PRODUCTOS JANSSEN</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
BUDESONIDE CAPSULES	ENTOCORT EC		MEDICAMENTO PREFERIDO				
MESALAMINE CAPSULE CONTROLLED RELEASE		<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO			270	30
MESALAMINE CAPSULE DELAYED RELEASE CAPSULE	DELZICOL		MEDICAMENTO PREFERIDO			180	30
MESALAMINE CAPSULE DELAYED RELEASE TABLET	ASACOL HD		MEDICAMENTO PREFERIDO			180	30
MESALAMINE CAPSULE 24-HOUR	APRISO	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO			120	30
MESALAMINE ENEMA	SFROWASA	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
MESALAMINE TABLET ENTERIC COATED	VARIOIUS		MEDICAMENTO PREFERIDO			120	30
MESALAMINE SUPPOSITORY	CANASA	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
SULFASALAZINE TABLETS	AZULFIDINE		MEDICAMENTO PREFERIDO			240	30
SULFASALAZINE TABLET ENTERIC COATED	AZULFIDINE EN-TABLETS		MEDICAMENTO PREFERIDO			240	30
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SIB)</b>							
LINACLOTIDE CAPSULES	LINZESS			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATOS</b>							
CALCIUM ACETATE TABLETS	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
CALCIUM ACETATE CAPSULES	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
SEVELAMER CARBONATE TABLETS	REVELA	VARIOS	MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>AGENTES GENITOURINARIOS - VARIOS</b>							
<b>AGENTES PARA LA CISTITIS INTERSTICIAL</b>							
PENTOSAN POLYSULFATE SODIUM CAPSULES	ELMIRON			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA</b>							
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				
<b>ANALGÉSICOS URINARIOS</b>							
PHENAZOPYRIDINE HCL TABLETS	PYRIDIUM						
<b>AGENTES PARA LA GOTA</b>							
<b>AGENTES PARA LA GOTA</b>							
ALLOPURINOL TABLETS	ZYLOPRIM						
COLCHICINE TABLETS	VARIOS						
FEBUXOSTAT TABLETS	ULORIC			SE REQUIERE PA			
<b>URICOSÚRICOS</b>							
PROBENECID TABLETS	PROBENECID						
<b>AGENTES HEMATOLOGICOS - VARIOS</b>							
<b>INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>							
CILOSTAZOL TABLETS	PLETAL						
CLOPIDOGREL BISULFATE TABLETS	PLAVIX						
DIPYRIDAMOLE TABLETS	PERSANTINE						
TICAGRELOR TABLETS	BRILINTA			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES HEMATOPOYÉTICOS</b>							
<b>AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER</b>							
ELIGLUSTAT TARTRATE	CERDELGA (oral)	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
IMIGLUCERASE SOLUTION	CEREZYME 400 IU (IV)	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
TALIGLUCERASE ALFA	ELELYSO (IV)	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
MIGLUSTAT	MIGLUSTAT (oral)	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
VELAGLUCERASE ALFA	VPRIV 400 IU	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO</b>							
ELTROMBOPAG OLAMINE TABLET	PROMACTA	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
EPOETIN ALFA SOLUTION	EPOGEN	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
EPOETIN ALFA-EPBX SOLUTION	RETACRIT	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM SOLUTION	NEUPOGEN	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM SOLN PREF SYR	NEUPOGEN	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM-AAFI SOLUTION	NIVESTYM	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
FILGRASTIM-AAFI SOLN PREF SYR	NIVESTYM	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGFILGRASTIM-APGF SOLN PREF SYR	NYVEPRIA	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGFILGRASTIM-BMEZ SOLN PREF SYR	ZIEXTENZO	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGFILGRASTIM-CBQV SOLN AUTO-INJ	UDENYCA	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
PEGFILGRASTIM-PBBK SOLN PREF SYR	FYLNETRA	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
ROMIPLOSTIM SOLUTION RECONSTITUTED	NPLATE	<b>SOLO DE MARCA</b>	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>HEMOSTÁTICOS</b>							
<b>HEMOSTÁTICOS - SISTÉMICOS</b>							



**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
AMINOCAPROIC ACID SYRUP	AMICAR						
AMINOCAPROIC ACID TABLETS	AMICAR						
<b>AGENTES PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO</b>							
ICATIBANT ACETATE SOLUTION	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION</b>	<b>BERINERT</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>	SE REQUIERE PA			
<b>C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION</b>	<b>CINRYZE</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>	SE REQUIERE PA			
ECALLANTIDE SOLUTION	KALBITOR		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA			
<b>HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>							
<b>HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS</b>							
PHENOBARBITAL SOLUTION	PHENOBARBITAL						
PHENOBARBITAL TABLETS	PHENOBARBITAL						
<b>HIPNÓTICOS NO BARBITÚRICOS</b>							
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
<b>AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE MELATONINA</b>							
<b>RAMELTEON TABLETS</b>	<b>ROZEREM</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>	SE REQUIERE PA para menores de 6 años	El paciente debe haber probado dos agentes preferidos.	30	30
<b>LAXANTES</b>							
<b>COMBINACIONES DE LAXANTES</b>							
PEG 3350-KCL-SOD BICARB-SOD CHLORIDE-SOD SULFATE SOLUTION	COLYTE						
<b>LAXANTES - VARIOS</b>							
LACTULOSE SOLUTION	LACTULOSE						
<b>MACROLIDES</b>							
<b>AZITROMICINA</b>							
AZITHROMYCIN PACKETS	ZITHROMAX						
AZITHROMYCIN SUSPENSION	ZITHROMAX						
AZITHROMYCIN TABLETS	ZITHROMAX						
<b>CLARITROMICINA</b>							
CLARITHROMYCIN SUSPENSION	CLARITHROMYCIN						
CLARITHROMYCIN TABLETS	BIAXIN						
CLARITHROMYCIN TABLET 24-HOUR	BIAXIN XL						
<b>PRODUCTOS MÉDICOS</b>							
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>							
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						
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>							
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE	VARIOS						
BLOOD GLUCOSE MONITORING DEVICES	VARIOS						
LANCET DEVICES MISC.	VARIOS						
LANCETS MISC.	VARIOS						
<b>DISPOSITIVOS VARIOS</b>							
ALCOHOL SWABS PADS	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE						
<b>SUMINISTROS PARA TERAPIA RESPIRATORIA</b>							
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS	MASK VORTEX/BABY WHIRL DUCKLING					2	365
SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBERS DEVICE	AEROCHAMBER/MINI AEROCHAMBER					2	365
<b>PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA</b>							
<b>COMBINACIONES PARA LA MIGRAÑA</b>							
ERGOTAMINE W/ CAFFEINE TABLETS	CAFERGOT					40	30
<b>PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>							
DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE SOLUTION	MIGRANAL					2	30
<b>ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)</b>							
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
<b>AGONISTAS DE LA SEROTONINA</b>							
<b>COMPRIMIDO DE BROMHIDRATO DE ELETRIPTÁN</b>	<b>RELPAX</b>					9	30
NARATRIPTAN HCL TABLETS	AMERGE		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

RIZATRIPTAN BENZOATE ORALLY DISPERSABLE TABLET	MAXALT-MLT		MEDICAMENTO PREFERIDO		9	30
RIZATRIPTAN BENZOATE TABLETS	MAXALT		MEDICAMENTO PREFERIDO		9	30

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
SUMATRIPTAN NASAL SPRAY	VARIOIUS		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 NASAL SPRAY	ZOMIG	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			6	30
ZOLMITRIPTAN SOLUTION	ZOMIG NASAL SPRAY	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			6	30
ZOLMITRIPTAN ORALLY DISPERSABLE TABLET	ZOMIG ZMT		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
ZOLMITRIPTAN TABLETS	ZOMIG		MEDICAMENTO PREFERIDO			9	30
<b>MINERALES Y ELECTROLITOS</b>							
SODIUM FLUORIDE CHEWABLE TABLETS	LUDEXT						
SODIUM FLUORIDE LOZG	LOZI-FLUR						
SODIUM FLUORIDE SOLUTION	FLUOR-A-DAY						
SODIUM FLUORIDE TABLETS	SODIUM FLUORIDE						
<b>AGENTES BUCALES/GARGANTA/DENTALES</b>							
<b>ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA</b>							
CLOTRIMAZOLE TROC	CLOTRIMAZOLE						
<b>ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA</b>							
TRIAMCINOLONE ACETONIDE ORAL PASTE	ORALONE						
<b>MULTIVITAMÍNICOS</b>							
<b>VITAMINAS PRENATALES</b>							
PRENATAL MULTIVITAMINS WITH OR WITHOUT MINERALS W/ FOLATE	VARIOS						
PRENATAL MULTIVITAMINES WITH MINERAL W/FE-FA	VARIOS						
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS MUSCULOESQUELÉTICOS</b>							
<b>RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES</b>							
BACLOFEN TABLET (5MG, 10MG, 20MG)	BACLOFEN						
CYCLOBENZAPRINE HCL TABLETS 5MG & 10MG	FLEXERIL			SE REQUIERE PA para dosis distintas de los comprimidos de 5mg y 10mg			
METHOCARBAMOL TABLETS	ROBAXIN						
TIZANIDINE HCL TABLETS - 2MG & 4MG ONLY	TIZANIDINE HCL						
<b>RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS</b>							
DANTROLENE SODIUM CAPSULES	DANTRIUM						
<b>AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS</b>							
<b>ANTIALÉRGICOS NASALES</b>							
AZELASTINE HCL SOLUTION 0.10%	ASTELIN						
<b>ANTICOLINÉRGICOS NASALES</b>							
IPRATROPIUM BROMIDE SOLUTION	ATROVENT						
<b>ESTEROIDES NASALES</b>							
FLUNISOLIDE SOLUTION	FLUNISOLIDE						
FLUTICASONE PROPIONATE SUSPENSION	FLONASE						
TRIAMCINOLONE ACETONIDE	NASACORT AQ						
<b>DESCONGESTIONANTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>							
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						
<b>AGENTES NEUROMUSCULARES*</b>							
<b>AGENTES PARA LA ATAXIA DE FRIEDRICH**</b>							
OMAVELOXOLONE CAPSULE	SKYLARYS			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>							
<b>OFTÁLMICOS - BETABLOQUEANTES</b>							
BETAXOLOL HCL SOLUTION	BETAXOLOL HCL						
BETAXOLOL HCL SUSPENSION	BETOPTIC-S						
CARTEOLOL HCL SOLUTION	CARTEOLOL HCL						
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE SOLUTION	COSOPT						
LEVOBUNOLOL HCL SOLUTION	LEVOBUNOLOL HCL						
METIPRANOLOL SOLUTION	METIPRANOLOL						
TIMOLOL MALEATE SOLUTION	TIMOPTIC-XE						
TIMOLOL MALEATE SOLUTION	TIMOPTIC						
<b>OFTÁLMICOS - MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS</b>							
ATROPINE SULFATE OINTMENT	ATROPINE SULFATE						
ATROPINE SULFATE SOLUTION	ISOPTO ATROPINE						
CYCLOPENTOLATE HCL SOLUTION	CYCLOGYL						
HOMATROPINE HBR SOLUTION	ISOPTO HOMATROPINE						
<b>OFTÁLMICOS - MIÓTICOS</b>							
PILOCARPINE HCL GEL	PILOPINE HS						
PILOCARPINE HCL SOLUTION	ISOPTO CARPINE						
<b>OFTÁLMICOS - ANTIINFECCIOSOS</b>							
BACITRACIN OINTMENT	BACITRACIN					3.5GM	7
BACITRACIN-POLYMYXIN B OINTMENT	POLYCIN						

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

CIPROFLOXACIN HCL OINTMENT	CILOXAN						
CIPROFLOXACIN HCL SOLUTION	CILOXAN						
ERYTHROMYCIN OINTMENT	ILOTYCIN						

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
GENTAMICIN SULFATE OINTMENT	GARAMYCIN						
GENTAMICIN SULFATE SOLUTION	GARAMYCIN						
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION	VIGAMOX						
NATAMYCIN SUSPENSION	NATACYN						
NEOMYCIN-BACITRACIN ZN-POLYMYXIN OINTMENT	NEO-POLYICIN						
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						
<b>OFTÁLMICOS - DESCONGESTIONANTES</b>							
NAPHAZOLINE HCL SOLUTION	VASOCLEAR						
NAPHAZOLINE W/ PHENIRAMINE SOLUTION	NAPHCON-A						
<b>OFTÁLMICOS - INMUNOMODULADORES</b>							
CYCLOSPORINE EMULSION	RESTASIS			SE REQUIERE PA			
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTEGRINA OFTÁLMICA**</b>							
LIFITEGRAST SOLUTION	XIIDRA			SE REQUIERE PA			
<b>TÓPICOS OFTÁLMICOS - VARIOS</b>							
ESPUMA LIMPIADORA DE PÁRPADOS	OCUSOFT						
ALMOHADILLA LIMPIADORA DE PÁRPADOS	OCUSOFT						
ACEITE DE ÁRBOL DE TÉ	VARIOS						
<b>OFTÁLMICOS - ESTEROIDES</b>							
BACITRACIN-POLY-NEOMYCIN-HC OINTMENT	NEO-POLYICIN 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						
<b>OFTÁLMICOS - VARIOS</b>							
<b>BRINZOLAMIDE SUSPENSION</b>	<b>AZOPT</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>		SE REQUIERE PA			
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	ALWAY						
<b>OFTÁLMICOS - PROSTAGLANDINAS</b>							
LATANOPROST SOLUTION	XALATAN					2.5	30
TAFLUPROST SOLUTION	ZIOPTAN			SE REQUIERE PA			
TRAVOPROST SOLUTION	TRAVATAN Z			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES ÓTICOS</b>							
<b>AGENTES ÓTICOS - VARIOS</b>							
ACETIC ACID SOLUTION	ACETIC ACID						
<b>ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS</b>							
CIPROFLOXACIN SOLUTION	VARIOS						
OFLOXACIN (OTIC) SOLUTION	VARIOS						
<b>COMBINACIONES ÓTICAS</b>							
ANTIPYRINE-BENZOCAINE SOLUTION	AURODEX						
ANTIPYRINE-BENZOCAINE-POLYCOSANOL SOLUTION	OTIC CARE						
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>CIPROFLOXACIN /HYDROCORTISONE</b>	<b>CIPRO HC</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>	<b>MEDICAMENTO PREFERIDO</b>				
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC SOLUTION	CORTISPORIN		MEDICAMENTO PREFERIDO				
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC SUSPENSION	NEO/POLYMYXIN/HC 5-10000-1		MEDICAMENTO PREFERIDO				
<b>ESTEROIDES ÓTICOS</b>							

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
HYDROCORTISONE W/ACETIC ACID SOLUTION	ACETASOL HC						
<b>OXITOCINA</b>							
<b>OXITOCINA</b>							
METHYLERGONOVINE MALEATE TABLETS	METHERGINE						
<b>AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS</b>							
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>							
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			
<b>PENICILINAS</b>							
<b>AMINOPENICILINAS</b>							
AMOXICILLIN CAPSULES	AMOXICILLIN						
AMOXICILLIN CHEWABLE TABLETS	AMOXICILLIN						
AMOXICILLIN SUSPENSION	AMOXICILLIN						
AMOXICILLIN TABLETS	AMOXICILLIN						
AMPICILLIN CAPSULES	AMPICILLIN						
AMPICILLIN SUSPENSION	AMPICILLIN						
<b>PENICILINAS NATURALES</b>							
PENICILLIN V POTASSIUM SOLUTION	PENICILLIN V POTASSIUM						
PENICILLIN V POTASSIUM TABLETS	PENICILLIN V POTASSIUM						
<b>COMBINACIONES DE PENICILINAS</b>							
AMOXICILLIN & POT CLAVULANATE CHEWABLE TABLETS	AUGMENTIN						
AMOXICILLIN & POT CLAVULANATE SUSPENSION	AUGMENTIN						
AMOXICILLIN & POT CLAVULANATE TABLET 12-HOUR	AUGMENTIN XR						
<b>PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA</b>							
DICLOXACILLIN SODIUM CAPSULES	DICLOXACILLIN SODIUM						
<b>PROGESTINAS</b>							
<b>PROGESTINAS</b>							
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLETS	PROVERA						
PROGESTERONE MICRONIZED CAPSULES	PROMETRIUM						
<b>AGENTE PSICOTERAPÉUTICO Y NEUROLÓGICO</b>							
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b>							
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			
<b>TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>							
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
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>							
DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED RELEASE	TECFIDERA			SE REQUIERE PA			
DALFAMPRIDINE TABLET ER 12HR	AMPYRA			SE REQUIERE PA			
FINGOLIMOD HCL CAPSULE	GILENYA			SE REQUIERE PA			
<b>GLATIRAMER ACETATE SOLN PREF SYR</b>	<b>COPAXONE</b>	<b>SOLO DE MARCA</b>		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			
FINGOLIMOD HCL CAPSULES	GILENYA			SE REQUIERE PA			
INTERFERON BETA-1A KIT	AVONEX			SE REQUIERE PA			
<b>PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR</b>							
BUPROPION HCL (SMOKING DETERRENT) TABLET 12-HOUR	BUPROBAN					suministro de 84 días	180
NICOTINE INHA	NICOTROL INHALER					suministro de 84 días	180

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS**

NICOTINE POLACRILEX GUM	NICORETTE GUM					suministro de 84 días	180
NICOTINE POLACRILEX LOZENGE	COMMIT					suministro de 84 días	180
NICOTINE PATCH	NICODERM CQ					suministro de 84 días	180

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
NICOTINE SOLUTION	NICOTROL NS					suministro de 84 días	180
VARENICLINE TARTRATE TABLETS	CHANTIX					suministro de 84 días	180
<b>AGENTES RESPIRATORIOS - VARIOS</b>							
<b>INHIBIDOR DE LA PROTEINASA ALFA (HUMANA)</b>							
ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION	ARALAST NP			SE REQUIERE PA			
ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) SOLUTION	PROLASTIN-C			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA</b>							
DORNASE ALFA SOLUTION	PULMOZYME			SE REQUIERE PA			
<b>AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR</b>							
PIRFENIDONE 267MG, 801MG	ESBRIET	SOLO DE MARCA					
<b>SULFONAMIDAS</b>							
<b>SULFONAMIDAS</b>							
COMPRIMIDOS DE SULFADIAZINA	SULFADIAZINE						
<b>TETRACICLINAS</b>							
<b>TETRACICLINAS</b>							
COMPRIMIDOS DE HCL DE DEMECLOCICLINA	DEMECLOCYCLINE HCL			SE REQUIERE PA			
CÁPSULAS DE HICLATO DE DOXICICLINA - SOLO CÁPSULAS DE 50mg Y 100mg	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE HICLATO DE DOXICICLINA - SOLO COMPRIMIDOS DE 20mg Y 100mg	VARIOS						
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA - SOLO CÁPSULAS DE 50mg Y 100mg	VARIOS						
HCL DE MINOCICLINA - SOLO CÁPSULAS DE 50mg, 75mg Y 100mg	MINOCIN						
<b>AGENTES PARA LA TIROIDES</b>							
<b>AGENTES ANTIROIdeos</b>							
COMPRIMIDOS DE METIMAZOL	TAPAZOLE						
COMPRIMIDOS DE PROPILTIOURACILO	PROPYLTHIOURACIL						
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>							
COMPRIMIDOS DE LEVOTIROXINA SÓDICA	LEVO-T						
COMPRIMIDOS DE LIOTIRONINA SÓDICA	CYTOMEL						
COMPRIMIDOS PARA LA TIROIDES	ARMOUR THYROID						
<b>MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS</b>							
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>							
CÁPSULAS DE HCL DE DICICLOMINA	VARIOS						
SOLUCIÓN DE HCL DE DICICLOMINA	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE HCL DE DICICLOMINA	VARIOS						
SOLUCIÓN DE GLICOPIRROLATO	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE GLICOPIRROLATO	VARIOS						
ELIXIR DE SULFATO DE HIOSCIAMINA	VARIOS						
SOLUCIÓN DE SULFATO DE HIOSCIAMINA	VARIOS						
SULFATO DE HIOSCIAMINA SUBLINGUAL	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE SULFATO DE HIOSCIAMINA	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE SULFATO DE HIOSCIAMINA DE 12 HORAS	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA DE SULFATO DE HIOSCIAMINA	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL DE SULFATO DE HIOSCIAMINA	VARIOS						
COMPRIMIDOS DE BROMURO DE PROPANTELINA	VARIOS						
<b>ANTAGONISTAS H-2</b>							
COMPRIMIDOS MASTICABLES DE FAMOTIDINA	PEPCID AC						
SUSPENSIÓN DE FAMOTIDINA	PEPCID						
COMPRIMIDOS DE FAMOTIDINA	PEPCID AC						
CÁPSULAS DE HCL DE RANITIDINA	RANITIDINE HCL						
SUSPENSIÓN DE HCL DE RANITIDINA	DEPRIZINE FUSEPAQ						
JARABE DE HCL DE RANITIDINA	ZANTAC						
COMPRIMIDOS DE HCL DE RANITIDINA	ZANTAC 75						
<b>ANTIULCEROSOS - VARIOS</b>							
COMPRIMIDOS DE SUCRALFATO	CARAFATE						
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>							
PAQUETES DE ESOPEPRAZOL CON MAGNESIO	NEXIUM		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		30	30
COMPRIMIDO DISPERSABLE POR VÍA ORAL (ODT) DE LANSOPRAZOL	PREVACID SOLUTAB		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		60	30
CÁPSULAS DE OMEPRAZOL ORAL	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			60	30
PAQUETES DE PANTOPRAZOL SÓDICO	PROTONIX		MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para mayores de 18 años		30	30
COMPRIMIDOS DE PANTOPRAZOL	PROTONIX		MEDICAMENTO PREFERIDO			30	30
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</b>							
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICÓLICOS)</b>							
FUMARATO DE FESOTERODINA	TOVIAZ	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO				
JARABE DE CLORURO DE OXIBUTINA	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO				

LISTA DE MEDICAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROLONGADOS DE AHCCCS

COMPRESIDOS DE CLORURO DE OXIBUTINA DE 5mg	VARIOS		MEDICAMENTO PREFERIDO			
COMPRESIDO DE CLORURO DE OXIBUTINA DE 24 HORAS	DITROPAN XL		MEDICAMENTO PREFERIDO			
CÁPSULA DE TARTRATO DE TOLTERODINA DE LIBERACIÓN CONTROLADA	DETROL LA	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			
COMPRESIDOS DE TARTRATO DE TOLTERODINA	DETROL	SOLO DE MARCA	MEDICAMENTO PREFERIDO			
<b>PRODUCTOS VAGINALES</b>						
<b>ESPERMICIDAS</b>						
ESPUMA DE NONOXINOL-9	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM					

Clase del medicamento/nombre del medicamento	Nombre de la marca de referencia	Solo de marca/Notas genéricas	Estado del medicamento preferido	Estado de autorización previa (PA)	Requisitos de terapia gradual	Límite de cantidad (QL)	Días QL
GEL DE NONOXINOL-9	SHUR-SEAL						
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES</b>							
CREMA VAGINAL DE FOSFATO DE CLINDAMICINA	CLEOCIN						
SUPOSITORIO VAGINAL DE FOSFATO DE CLINDAMICINA	CLEOCIN						
CREMA VAGINAL DE CLOTRIMAZOL	GYNE-LOTIMIN						
GEL VAGINAL DE METRONIDAZOL	METROGEL-VAGINAL						
NITRATO DE MICONAZOL VAGINAL	MONISTAT 3 COMBINATION PACKETS						
SUPOSITORIO VAGINAL DE NITRATO DE MICONAZOL	MICONAZOLE 3						
CREMA VAGINAL DE SULFANILAMIDA	AVC						
<b>ESTRÓGENOS VAGINALES</b>							
ANILLO VAGINAL DE ACETATO DE ESTRADIOL	FEMRING			SE REQUIERE PA			
ANILLO VAGINAL DE ESTRADIOL	ESTRING						
COMPRESIDOS VAGINALES DE ESTRADIOL	VAGIFEM						
CREMA VAGINAL DE ESTRADIOL AL 0.01 %	ESTRACE CREAM						
CREMA VAGINAL CONJUGADA DE ESTRÓGENOS	PREMARIN VAGINAL CREAM			SE REQUIERE PA			
<b>VASOPRESORES</b>							
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS PARA LA ANAFILAXIA</b>							
EPINEFRINA AUTOINYECTABLE 0.15mg Y 0.30mg	EPINEPHRINE SELF-INJECTABLE (By Mylan)	Mylan genérico	MEDICAMENTO PREFERIDO	SE REQUIERE PA para más de 2 al mes		2	30
KITS DE PRUEBA EN CASA PARA COVID							
KITS DE PRUEBA EN CASA PARA COVID		VARIOS				2 TESTS	30