



Formulario de 2025 (Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

Este formulario se aplica a los siguientes planes:

Arizona:

- eternalHealth Horizon (HMO)
- eternalHealth Grand Give Back (HMO)

Massachusetts:

- eternalHealth Forever (HMO)
- eternalHealth Freedom (PPO)
- eternalHealth Give Back (PPO)

**LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS: 25380, Número de versión 8

Este formulario fue actualizado el 09/17/2024. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, llame al Servicio de farmacia para miembros de eternalHealth al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite www.eternalHealth.com.

Nota para miembros actuales: este formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a eternalHealth. Cuando menciona "plan" o "nuestro plan", se refiere a

eternalHealth Forever (HMO), eternalHealth Freedom (PPO), eternalHealth Give Back (PPO), eternalHealth Horizon (HMO) y eternalHealth Grand Give Back (HMO).

Este documento incluye la Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está actualizada al 01/01/2025. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la Lista de medicamentos (formulario) por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe utilizar farmacias dentro de la red para utilizar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y, ocasionalmente, durante el año.

¿Qué es el formulario de eternalHealth?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por eternalHealth en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, eternalHealth cubrirá los medicamentos mencionados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea medicamento necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de eternalHealth y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo presentar sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden el 1 de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare cuando hacemos estos cambios. Las actualizaciones al formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: www.eternalHealth.com/pharmacy

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos que encuentra a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión determinada de ese medicamento, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones, o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos ciertas nuevas versiones

biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).

Si está tomando actualmente el medicamento de marca o producto biológico original, podríamos no avisarle con anticipación que hacemos un cambio inmediato, pero le brindaremos información más adelante sobre los cambios específicos que realizamos.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se retira por razones de seguridad o efectividad, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca actualmente en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambos, después de agregar el medicamento correspondiente. Podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de la fecha límite en que el cambio se haga efectivo. Como alternativa, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el

medicamento que está tomando. En el aviso que le proporcionemos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?”

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto al principio del año, no se interrumpirá ni se reducirá la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles en el mismo nivel de costo compartido y sin nuevas restricciones para miembros que los estén tomando por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el formulario del nuevo año de beneficios y busque cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al 01/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por eternalHealth, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Las ediciones del formulario se actualizan y se publican en línea cada mes con todos los cambios correspondientes. Se le notificará en caso de que se produzca un cambio en el formulario que no sea de mantenimiento a mitad de año.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección

El formulario comienza en la tabla de la página 10. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca están enumerados en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 10. Luego busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría consultar, le recomendamos buscar su medicamento en el Índice que empieza en la página 78. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están incluidos en el Índice. Consulte el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que le indica el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

eternalHealth cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Según las leyes estatales, los medicamentos de marca generalmente pueden sustituirse por el medicamento genérico en la farmacia sin necesidad de una nueva receta.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, a las alternativas no se les dice productos genéricos, sino productos biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la sección 3.1 del capítulo 5 de la Evidencia de cobertura, "La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o restricciones adicionales en la cobertura. Estos requisitos y restricciones pueden incluir:

- **Autorización previa:** eternalHealth requiere que usted o el profesional que emite recetas obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación de eternalHealth antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la autorización, es posible que eternalHealth no cubra el medicamento.
- **Restricción de cantidad:** para determinados medicamentos, eternalHealth limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Por ejemplo, eternalHealth brinda 60 unidades por receta de pantoprazol. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o de tres meses.

- **Terapia escalonada:** en algunos casos, eternalHealth requiere que primero intente tratar su afección con determinados medicamentos antes de que otorguemos cobertura a otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección, eternalHealth puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe primero con el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, eternalHealth cubrirá entonces el medicamento B.

Puede conocer si su medicamento tiene algún requisito adicional o límite buscando en el formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Puede pedirle a eternalHealth que haga una excepción a estas restricciones o límites; o solicitarle una lista de otros medicamentos similares que pueden ayudar a tratar su afección. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?” en la página 6 para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debe llamar primero a Servicios para miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que eternalHealth no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por eternalHealth. Cuando reciba la lista, muéstrela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por eternalHealth.
- Puede solicitar a eternalHealth que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?

Puede solicitar a eternalHealth que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos cubrir un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos que le entreguemos el medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.

- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluye autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, eternalHealth limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una restricción de cantidad, puede pedirnos una excepción al límite y cubrir una cantidad mayor.
- Puede pedirnos cubrir un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo a menos que el medicamento este en la categoría de especialidad.

Por lo general, eternalHealth solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el costo compartido más bajo o la aplicación de restricciones no son tan eficaces al tratar su afección o pueden causar efectos médicos adversos.

Usted o el profesional que emite recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de categoría o del formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, el profesional que emite recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su profesional que emite recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que emite recetas solicita una determinación rápida, debemos informarle de una determinación a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que emite recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O puede que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que emite recetas para solicitar una determinación de cobertura, para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos hasta para un máximo de 30 días del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtenerlo es limitada, pero lleva más de 90 días siendo miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted solicita una excepción al formulario.

Si usted es un miembro actual y tiene un cambio a un nivel diferente de atención, por ejemplo, que lo admitan o lo den de alta de un centro de atención a largo plazo, se le pueden recetar medicamentos que no están en nuestro formulario o con ciertas restricciones de cobertura. En estos casos, debe hablar con su médico acerca de las terapias alternativas adecuadas disponibles en nuestro formulario. Si no hay terapias alternativas apropiadas en nuestro formulario, usted o su médico pueden utilizar el proceso de excepción del plan. No cubriremos medicamentos que la Parte D de Medicare normalmente no cubre.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de eternalHealth, revise su evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas acerca de eternalHealth. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de eternalHealth

El siguiente formulario brinda información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por eternalHealth. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que empieza en la página 78.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos con mayúsculas (p. ej. JANUVIA) y los genéricos están escritos en minúscula y cursiva (p. ej. *metformina*).

La información en la columna Requisitos y restricciones le dice si eternalHealth tiene algún requisito especial de cobertura en su medicamento.

B/D = Medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de la circunstancia. Es posible que se necesite información sobre el uso y el lugar del medicamento para determinar su cobertura. Estos medicamentos pueden requerir autorización previa para determinar la cobertura según la Parte B o la Parte D.

PA = Autorización previa. Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, puede usar el proceso de apelación.

PA NSO = Autorización Previa Solo para Nuevos Miembros. La restricción de autorización previa solo se aplica si usted es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

QL = Límites de cantidad. Para determinados medicamentos, nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan brinda 60 comprimidos para 30 días por receta de pantoprazol.

ST = Terapia escalonada. En algunos casos, nuestro plan requiere que primero usted intente tratar su afección con determinados medicamentos antes de que podamos dar cobertura a otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección, puede que no cubramos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero con el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

ST NSO = Terapia escalonada solo para nuevos miembros. La restricción de terapia escalonada solo se aplica si es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

Categoría del medicamento

Puede identificar en qué categoría está su medicamento consultando la columna "Categoría del medicamento". El siguiente cuadro describe qué tipos de medicamentos están incluidos en cada categoría y cómo pueden cambiar los costos en cada categoría. Llame a nuestro número de servicios farmacéuticos para miembros o vea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Categoría del medicamento	Incluye
Categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos)	La categoría 1 es la que menos paga copago e incluye medicamentos genéricos preferidos.
Categoría 2 (medicamentos genéricos)	La categoría 2 incluye medicamentos genéricos (y algunos medicamentos de marca diferentes a los que se consideran medicamentos genéricos preferidos) cubiertos por un copago de medicamentos genéricos más alto.
Categoría 3 (medicamentos de marca preferencial)	La categoría 3 incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos con el copago de marca más bajo.
Categoría 4 (medicamentos de marca no preferencial)	La categoría 4 incluye medicamentos de marca y ciertos medicamentos genéricos diferentes a los que se consideran medicamentos de marca preferencial al costo de copago de marca más alto.
Categoría 5 (medicamentos de especialidad)	La categoría 5 es la categoría más alta. Contiene medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
<i>ergoloid mesylates tablet</i>	4	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL(30 EA por 30 días); ST
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)</i>		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>Inhibidores de la colinesterasa</i>		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating</i>	2	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	4	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution, tablet</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antiyaquecosos		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
<i>naratriptan hcl</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan solution</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate solution</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
<i>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)</i>		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER TABLET ER 24 HOUR THERAPY PACK	4	PA
OSMOLEX ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129MG, 193MG	4	PA
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	2	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	2	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</i>		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE	3	QL(240 EA por 30 días)
ENTRESTO TABLET	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	4	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	
<i>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</i>		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tablet</i>	1	
<i>Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides</i>		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet</i>	1	
<i>Antiarrítmicos</i>		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	4	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
<i>lovastatin tablet</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	1	
<i>simvastatin tablet</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>triamterene capsule</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>toremide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>captopril tablet</i>	2	
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	QL(30 EA por 30 días)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 0; 80MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 0; 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment</i>	3	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnesteem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	3	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>selenium sulfide</i>	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
<i>Pediculicidas/escabicidas</i>		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alose tron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alose tron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
<i>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</i>		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
<i>Antiespasmódicos, gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
<i>Inhibidores de la bomba de protones</i>		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Protectores</i>		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes genitourinarios		
<i>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</i>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
<i>Agentes genitourinarios, otros</i>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
ELMIRON	5	
<i>Antiespasmódicos, urinario</i>		
GELNIQUE GEL 10%	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate solution</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
INCRELEX	5	PA
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	4	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
<i>Estrógenos</i>		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol patch weekly</i>	3	
<i>estradiol patch twice weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutera</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-lynyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtreea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
LILETTA	3	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tulana</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	2	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	2	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
UNITHROID	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes anti-tiroides</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	QL(3 ML por 365 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS	5	QL(180 EA por 30 días); PA
VEOPOZ	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUVITRU INJECTION 8GM/40ML	5	PA
GAMASTAN	3	PA
HIZENTRA INJECTION 1GM/5ML, 2GM/10ML	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
PRIVIGEN	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-ADB M CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADB M PSORIASIS/UEVITIS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADB M STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADB M STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADB M INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADB M INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	5	PA NSO
<i>leflunomide</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGERIX-B	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0	1	
GARDASIL 9 INJECTION 0	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	1	B/D
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IXCHIQ	3	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	1	B/D
PRIORIX	1	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 5MCG/0.5ML	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	3	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>acetazolamide er</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
COMBIGAN	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
<i>Antiinfecciosos oftálmicos</i>		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVY	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN	4	
<i>Antiinflamatorios oftálmicos</i>		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
OPVEE	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>brey-na</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes para fibrosis pulmonar</i>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
<i>Agentes para fibrosis quística</i>		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO PACKET	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
<i>Antihipertensivos pulmonares</i>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
<i>Antihistamínicos</i>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
<i>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</i>		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Estabilizadores de mastocitos</i>		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	3	B/D
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
NUTRILIPID	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	
<i>methadone hcl tablet</i>	2	
<i>methadone hcl solution</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	
XTAMPZA ER	3	
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	2	
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	4	
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	
<i>lorcet</i>	2	
<i>lorcet hd</i>	2	
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	
<i>morphine sulfate oral solution, tablet</i>	3	
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg</i>	2	
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	4	PA
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, solution</i>	2	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	4	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam injection 1gm</i>	4	
<i>aztreonam injection 2gm</i>	5	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tigecycline</i>	5	
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
<i>Betalactámico, penicilinas</i>		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>naftillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
<i>Carbapenemas</i>		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	
<i>meropenem injection 1gm, 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 2gm</i>	4	
<i>Macrólidos</i>		
<i>azithromycin packet</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE	3	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
ZTALMY	5	PA NSO
<i>Agentes para los canales de sodio</i>		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine tablet chewable</i>	2	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide solution, tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
<i>Anticonvulsivos, otros</i>		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	3	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<i>Adyuvantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<i>Antieméticos, otros</i>		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antimicobacterianos		
<i>Antimicobacterianos, otros</i>		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<i>Antituberculosos</i>		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	4	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>casprofungin acetate</i>	4	
<i>clotrimazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
<i>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</i>		
TEVIMBRA	5	PA NSO
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	5	
ORSERDU	5	PA NSO
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	5	
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
LONSURF	5	PA NSO
LYSODREN	5	
OGSIVEO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML	5	PA NSO
SYNRIBO	5	
TRUSELTIQ	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
<i>Complementos del tratamiento</i>		
MESNEX TABLET	5	
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
<i>Inhibidores de la aromatasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	5	PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO	5	PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FOTIVDA	5	PA NSO
FRUZAQLA	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	3	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE, SUSPENSION	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG, 560MG	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NINLARO	5	PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP TABLET	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
<i>Retinoides</i>		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
<i>Antihelmínticos</i>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<i>Antiprotozoico</i>		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
<i>Primera generación/típico</i>		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir, injection</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
<i>Resistente al tratamiento</i>		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
<i>Segunda generación/atípico</i>		

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	5	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPSULE	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir capsule 150mg</i>	4	
<i>atazanavir capsule 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 800mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
LEXIVA SUSPENSION	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET	4	QL(360 EA por 30 días)
NORVIR SOLUTION	4	QL(480 ML por 30 días)
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	5	
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días)
TYBOST	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
VOCABRIA	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine tablet</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
PIFELTRO	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir tablet</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir solution</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tablet 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 150mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIREAD POWDER	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Agglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder, suspension</i>	3	
SPS	3	
VELTASSA	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate tablet</i>	4	
VELPHORO	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	4	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er</i>	2	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Productos y modificadores sanguíneos, otros</i>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tablet</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
<i>glucagon emergency kit</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	PA
<i>methocarbamol</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
SUCRAID	5	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TEGSEDI	5	PA
WELIREG	5	PA NSO
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	69	ALA-CORT	22
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	69	<i>albendazole</i>	64
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	69	<i>albuterol sulfate</i>	44
ABELCET	58	<i>albuterol sulfate hfa</i>	44
ABILIFY MAINTENA	66	<i>alclometasone dipropionate</i>	22
<i>abiraterone acetate</i>	59	ALCOHOL PREP PADS	45
ABRYSVO	37	ALECENSA	60
<i>acamprosate calcium dr</i>	41	<i>alendronate sodium</i>	17
<i>acarbose</i>	73	<i>alfuzosin hcl er</i>	26
ACCUTANE	22	ALINIA	64
<i>acebutolol hcl</i>	12	<i>aliskiren</i>	13
<i>acebutolol hydrochloride</i>	12	<i>allopurinol</i>	16
<i>acetaminophen/codeine</i>	47	<i>alose tron hydrochloride</i>	24
<i>acetazolamide</i>	39	<i>alprazolam</i>	48
<i>acetazolamide er</i>	39	<i>altavera</i>	27
<i>acetic acid</i>	46	ALUNBRIG	61
<i>acetic acid 0.25%</i>	26	<i>alyacen 1/35</i>	27
<i>acitretin</i>	22	<i>alyacen 7/7/7</i>	27
ACTHIB	37	<i>alyq</i>	43
ACTIMMUNE	35	<i>amabelz</i>	27
<i>acyclovir</i>	23	<i>amantadine hcl</i>	68
<i>acyclovir</i>	68	<i>ambrisentan</i>	43
<i>acyclovir sodium</i>	68	<i>amethia</i>	27
ADACEL	37	<i>amethia lo</i>	27
ADALIMUMAB-ADBM	35	<i>amethyst</i>	27
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	35	<i>amikacin sulfate</i>	49
STARTER		<i>amiloride hcl</i>	15
ADALIMUMAB-ADBM	35	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	13
PSORIASIS/UEVITIS STARTER		AMINOSYN II	71
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	35	AMINOSYN-PF	71
PACKAGE FOR CROHNS		<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
DISEASE/UC/HS		<i>amitriptyline hcl</i>	56
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	35	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	56
PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS		<i>amlodipine besylate</i>	12
ADBRY	22	<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	70	<i>hydrochloride</i>	
ADEMPAS	43	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	13
ADTHYZA	32	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	13
ADVAIR HFA	42	<i>ammonium lactate</i>	22
<i>afirmelle</i>	27	<i>amne steem</i>	22
AIMOVIG	10	<i>amoxapine</i>	56
AKEEGA	60	<i>amoxicillin</i>	51
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	51
		<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	51
		<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	19
		<i>amphotericin b</i>	58

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amphotericin b liposome</i>	58	<i>aubra eq</i>	27
<i>ampicillin</i>	51	AUGMENTIN	51
<i>ampicillin sodium</i>	51	AUGTYRO	61
<i>ampicillin/sulbactam</i>	51	<i>aurovela 1.5/30</i>	27
<i>ampicillin-sulbactam</i>	51	<i>aurovela 1/20</i>	27
<i>anagrelide hydrochloride</i>	73	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	27
<i>anastrozole</i>	60	<i>aurovela fe 1/20</i>	27
ANORO ELLIPTA	42	AUSTEDO	20
<i>aprepitant</i>	57	AUSTEDO XR	20
APTIOM	54	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	20
APTIVUS	67	KIT	
AREXVY	37	AUVELITY	55
<i>arformoterol tartrate</i>	44	<i>aviane</i>	27
ARIKAYCE	49	AVONEX	18
<i>aripiprazole</i>	66	AVONEX PEN	18
<i>aripiprazole odt</i>	66	<i>ayuna</i>	27
ARISTADA	66	AYVAKIT	61
ARISTADA INITIO	66	<i>azathioprine</i>	35
<i>armodafinil</i>	21	<i>azelaic acid</i>	22
ARMOUR THYROID	32	<i>azelastine hcl</i>	39
ARNUIITY ELLIPTA	43	<i>azelastine hcl</i>	43
<i>asenapine maleate sl</i>	66	<i>azelastine hydrochloride</i>	43
<i>ashlyna</i>	27	<i>azithromycin</i>	51
ASMANEX HFA	44	<i>aztreonam</i>	49
ASMANEX TWISTHALER 120	44	<i>azurette</i>	27
METERED DOSES		<i>bacitracin</i>	40
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	44	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	39
DOSES		<i>baclofen</i>	10
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	44	<i>balsalazide disodium</i>	17
DOSES		BALVERSA	61
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	44	<i>balziva</i>	27
DOSES		BAQSIMI ONE PACK	74
<i>aspirin/dipyridamole</i>	72	BAQSIMI TWO PACK	74
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	72	BARACLUDGE	70
ASTAGRAF XL	35	<i>bcg vaccine</i>	37
<i>atazanavir</i>	67	BD INSULIN SYRINGE	45
<i>atazanavir sulfate</i>	67	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atenolol</i>	12	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	45
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	13	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atomoxetine</i>	19	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	45
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atorvastatin calcium</i>	15	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	45
<i>atovaquone</i>	64	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	64	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	45
<i>atropine sulfate</i>	39	FINE/29G X 12.7MM	
ATROVENT HFA	44		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	45	BRUKINSA	61
<i>bekyree</i>	27	<i>budesonide</i>	17
BELSOMRA	21	<i>budesonide</i>	44
<i>benazepril hcl</i>	16	<i>budesonide er</i>	17
<i>benazepril hydrochloride</i>	16	<i>bumetanide</i>	15
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>buprenorphine</i>	46
BENLYSTA	33	<i>buprenorphine hcl</i>	41
<i>benznidazole</i>	64	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	41
<i>benztropine mesylate</i>	11	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	41
BESIVANCE	40	<i>bupropion hcl</i>	55
BESREMI	35	<i>bupropion hydrochloride</i>	55
<i>betaine anhydrous</i>	76	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	41
<i>betamethasone dipropionate</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	55
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	55
<i>betamethasone valerate</i>	22	<i>buspirone hcl</i>	48
BETASERON	18	<i>buspirone hydrochloride</i>	48
<i>betaxolol hcl</i>	12	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
<i>betaxolol hcl</i>	39	BYDUREON BCISE	73
<i>bethanechol chloride</i>	26	BYETTA	73
<i>bexarotene</i>	64	<i>cabergoline</i>	33
BEXSERO	37	CABLIVI	72
<i>bicalutamide</i>	59	CABOMETYX	61
BICILLIN L-A	51	<i>calcipotriene</i>	21
BIKTARVY	68	<i>calcitonin-salmon</i>	17
<i>bisoprolol fumarate</i>	12	<i>calcitriol</i>	17
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>calcium acetate</i>	71
BIVIGAM	35	CALQUENCE	61
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	27	<i>camila</i>	31
<i>blisovi fe 1/20</i>	27	<i>camrese</i>	27
BOOSTRIX	37	<i>camrese lo</i>	28
BOSULIF	61	<i>candesartan cilexetil</i>	14
BRAFTOVI	61	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	13
BREO ELLIPTA	42	CAPLYTA	66
<i>brey-na</i>	42	CAPRELSA	61
BREZTRI AEROSPHERE	42	<i>captopril</i>	16
<i>briellyn</i>	27	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	13
BRILINTA	72	<i>carbamazepine</i>	54
BRIMONIDINE TARTRATE	39	<i>carbamazepine er</i>	54
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	39	<i>carbidopa</i>	11
<i>brinzolamide</i>	39	<i>carbidopa/levodopa</i>	11
BRIVIACT	54	<i>carbidopa/levodopa er</i>	11
<i>bromfenac sodium</i>	40	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	11
<i>bromocriptine mesylate</i>	11	<i>carglumic acid</i>	71
BRONCHITOL	42	<i>carteolol hcl</i>	39
		<i>cartia xt</i>	12

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carvedilol</i>	12	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	52
<i>casposfungin acetate</i>	58	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	52
CAYSTON	42	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	46
<i>cefaclor</i>	50	<i>cisplatin</i>	59
<i>cefadroxil</i>	50	<i>citalopram hydrobromide</i>	56
CEFAZOLIN	50	<i>claravis</i>	22
<i>cefazolin sodium</i>	50	<i>clarithromycin</i>	52
<i>cefdinir</i>	50	<i>clarithromycin er</i>	52
<i>cefepime</i>	50	CLENPIQ	24
<i>cefepime hydrochloride</i>	50	CLIMARA PRO	28
<i>cefixime</i>	50	<i>clindacin etz pledgets</i>	49
<i>cefotaxime sodium</i>	50	<i>clindamycin hcl</i>	49
<i>cefotetan</i>	50	<i>clindamycin hydrochloride</i>	49
<i>cefoxitin sodium</i>	50	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	49
<i>cefpodoxime proxetil</i>	50	<i>clindamycin phosphate</i>	24
<i>cefprozil</i>	50	<i>clindamycin phosphate</i>	49
<i>ceftazidime</i>	50	<i>clobazam</i>	53
<i>ceftazidime/dextrose</i>	50	<i>clobetasol propionate</i>	23
<i>ceftriaxone sodium</i>	50	<i>clobetasol propionate e</i>	23
<i>cefuroxime axetil</i>	50	<i>clomipramine hydrochloride</i>	56
<i>cefuroxime sodium</i>	50	<i>clonazepam</i>	53
<i>celecoxib</i>	47	<i>clonazepam odt</i>	53
<i>cephalexin</i>	51	<i>clonidine</i>	14
CERDELGA	76	<i>clonidine hydrochloride</i>	14
<i>chateal</i>	28	<i>clopidogrel</i>	72
<i>chateal eq</i>	28	<i>clorazepate dipotassium</i>	49
CHEMET	70	<i>clotrimazole</i>	58
<i>chlorhexidine gluconate</i>	21	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	21
<i>chloroquine phosphate</i>	64	CLOVIQUE	70
<i>chlorpromazine hcl</i>	65	<i>clozapine</i>	65
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	65	<i>clozapine odt</i>	65
<i>chlorthalidone</i>	16	COARTEM	64
CHOLBAM	76	<i>colchicine</i>	17
<i>cholestyramine</i>	15	<i>colesevelam hydrochloride</i>	15
<i>cholestyramine light</i>	15	<i>colestipol hcl</i>	15
<i>ciclodan</i>	23	<i>colistimethate sodium</i>	49
<i>ciclopirox</i>	24	<i>colocort</i>	17
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	23	COMBIGAN	39
<i>ciclopirox olamine</i>	24	COMBIVENT RESPIMAT	42
<i>cilostazol</i>	72	COMETRIQ	61
CIMDUO	69	COMPLERA	69
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	17	<i>compro</i>	57
CINRYZE	35	<i>constulose</i>	24
<i>ciprofloxacin</i>	52	COPIKTRA	61
<i>ciprofloxacin hcl</i>	52	<i>cortisone acetate</i>	32
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	40	COSENTYX	33

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COSENTYX SENSOREADY PEN	33	<i>desonide</i>	23
COSENTYX UNOREADY	33	<i>desoximetasone</i>	23
COTELLIC	61	<i>desvenlafaxine er</i>	56
CREON	76	<i>dexamethasone</i>	32
<i>cromolyn sodium</i>	39	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	40
<i>cromolyn sodium</i>	45	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	19
<i>cromolyn sodium</i>	76	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	19
<i>cryselle-28</i>	28	<i>dextrose 5%</i>	71
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	45	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	71
CUVITRU	35	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	72
<i>cyclafem 1/35</i>	28	DIACOMIT	53
<i>cyclafem 7/7/7</i>	28	<i>diazepam</i>	49
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	76	<i>diazepam intensol</i>	49
<i>cyclophosphamide</i>	59	<i>diazepam rectal gel</i>	53
<i>cycloserine</i>	58	<i>diazoxide</i>	74
<i>cyclosporine</i>	35	<i>diclofenac potassium</i>	47
<i>cyclosporine</i>	39	<i>diclofenac sodium</i>	21
<i>cyclosporine modified</i>	35	<i>diclofenac sodium</i>	40
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	43	<i>diclofenac sodium</i>	48
CYSTAGON	76	<i>diclofenac sodium dr</i>	47
CYSTARAN	39	<i>diclofenac sodium er</i>	48
<i>dalfampridine er</i>	18	<i>dicloxacillin sodium</i>	51
<i>danazol</i>	27	<i>dicyclomine hcl</i>	25
<i>dantrolene sodium</i>	10	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	25
<i>dapsone</i>	58	DIFICID	52
DAPTACEL	37	<i>diflunisal</i>	48
<i>daptomycin</i>	49	<i>digitek</i>	14
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	49	<i>digox</i>	14
<i>darunavir</i>	67	<i>digoxin</i>	14
<i>dasatinib</i>	61	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	10
<i>dasetta 1/35</i>	28	DILANTIN	54
<i>dasetta 7/7/7</i>	28	<i>diltiazem hcl</i>	12
DAURISMO	61	<i>diltiazem hcl cd</i>	12
<i>daysee</i>	28	<i>diltiazem hcl er</i>	12
<i>deblitane</i>	31	<i>diltiazem hydrochloride</i>	12
<i>deferasirox</i>	71	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	12
DELSTRIGO	69	<i>dilt-xr</i>	12
<i>delyla</i>	28	<i>dimethyl fumarate</i>	18
<i>demeclocycline hcl</i>	52	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	18
<i>demeclocycline hydrochloride</i>	52	<i>diphenhydramine hcl</i>	43
DENGVAXIA	37	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	43
DEPO-SUBQ PROVERA 104	31	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	24
DESCOVY	69	<i>sulfate</i>	
<i>desipramine hydrochloride</i>	56	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	37
<i>desmopressin acetate</i>	26	<i>pediatric</i>	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	28	<i>disulfiram</i>	41

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>divalproex sodium</i>	53	<i>eluryng</i>	28
<i>divalproex sodium dr</i>	53	EMCYT	59
<i>divalproex sodium er</i>	53	EMGALITY	11
<i>dofetilide</i>	14	EMPAVELI	34
<i>dolishale</i>	28	EMSAM	55
<i>donepezil hcl</i>	10	<i>emtricitabine</i>	69
<i>donepezil hydrochloride</i>	10	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	69
DOPTELET	72	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	69
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	39	EMTRIVA	70
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	39	<i>emzahh</i>	31
DOTTI	28	<i>enalapril maleate</i>	16
DOVATO	68	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>doxazosin mesylate</i>	26	ENBREL	36
<i>doxepin hcl</i>	56	ENBREL MINI	35
<i>doxepin hydrochloride</i>	56	ENBREL SURECLICK	35
<i>doxy 100</i>	52	<i>endocet</i>	47
<i>doxycycline</i>	52	ENGERIX-B	37
<i>doxycycline hyclate</i>	21	<i>enilloring</i>	28
<i>doxycycline hyclate</i>	52	<i>enoxaparin sodium</i>	72
<i>doxycycline monohydrate</i>	52	<i>enpresse-28</i>	28
DRIZALMA SPRINKLE	56	<i>entacapone</i>	11
<i>dronabinol</i>	57	<i>entecavir</i>	70
DROXIA	59	ENTRESTO	13
<i>droxidopa</i>	14	<i>enulose</i>	24
DULERA	42	ENVARUSUS XR	36
<i>duloxetine hydrochloride</i>	56	EPIDIOLEX	54
DUPIXENT	34	<i>epinephrine</i>	45
<i>dutasteride</i>	26	<i>epitol</i>	54
EASY COMFORT INSULIN	45	<i>eplerenone</i>	14
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		EPRONTIA	54
<i>ec-naproxen</i>	48	<i>ergoloid mesylates</i>	10
<i>econazole nitrate</i>	58	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	10
EDARBI	14	ERIVEDGE	61
EDARBYCLOR	13	ERLEADA	59
EDURANT	69	<i>erlotinib hydrochloride</i>	61
<i>efavirenz</i>	69	<i>errin</i>	31
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	69	<i>ertapenem</i>	51
<i>fumarate</i>		<i>ertapenem sodium</i>	51
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil</i>	69	<i>ery</i>	24
<i>fumarate</i>		<i>erythromycin</i>	24
<i>effer-k</i>	72	<i>erythromycin</i>	40
<i>elinest</i>	28	<i>erythromycin dr</i>	52
ELIQUIS	72	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	22
ELIQUIS STARTER PACK	72	<i>escitalopram oxalate</i>	56
ELLA	45	<i>esomeprazole magnesium</i>	25
ELMIRON	26	<i>estarylla</i>	28

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>estradiol</i>	28	FIRMAGON	33
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	28	FLAREX	40
ESTRING	28	<i>flecainide acetate</i>	14
<i>eszopiclone</i>	21	<i>fluconazole</i>	58
<i>ethambutol hydrochloride</i>	58	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	58
<i>ethosuximide</i>	53	<i>flucytosine</i>	58
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	28	<i>fludrocortisone acetate</i>	32
<i>etodolac</i>	48	<i>flunisolide</i>	44
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	28	<i>fluocinolone acetonide</i>	23
<i>etravirine</i>	69	<i>fluocinolone acetonide body</i>	23
EUCRISA	23	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	23
EUTHYROX	32	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	23
<i>everolimus</i>	36	<i>fluocinonide</i>	23
<i>everolimus</i>	61	<i>fluorometholone</i>	40
EVOTAZ	67	<i>fluorouracil</i>	21
EVRYSDI	76	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	56
<i>exemestane</i>	60	<i>fluphenazine decanoate</i>	65
EXKIVITY	61	<i>fluphenazine hcl</i>	65
<i>ezetimibe</i>	15	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	65
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15	<i>flurbiprofen</i>	48
FABRAZYME	76	<i>flurbiprofen sodium</i>	40
<i>falmina</i>	28	<i>flutamide</i>	59
<i>famciclovir</i>	68	<i>fluticasone propionate</i>	23
<i>famotidine</i>	25	<i>fluticasone propionate</i>	44
FANAPT	66	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	42
FANAPT TITRATION PACK	66	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	42
FARXIGA	16	<i>fluvastatin</i>	15
FARYDAK	61	<i>fluvastatin sodium er</i>	15
FASENRA	42	<i>fluvoxamine maleate</i>	57
FASENRA PEN	42	<i>fondaparinux sodium</i>	73
<i>fayosim</i>	28	<i>formoterol fumarate</i>	45
<i>febuxostat</i>	17	FORTEO	17
<i>felbamate</i>	54	<i>fosamprenavir calcium</i>	67
<i>felodipine er</i>	12	<i>fosinopril sodium</i>	16
<i>femynor</i>	28	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>fenofibrate</i>	15	FOTIVDA	61
<i>fenofibrate micronized</i>	15	FRAGMIN	73
<i>fenofibric acid dr</i>	15	FRUZAQLA	61
<i>fentanyl</i>	46	<i>furosemide</i>	15
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	47	FUZEON	67
FETZIMA	56	FYAVOLV	28
FETZIMA TITRATION PACK	56	FYCOMPA	54
FINACEA	22	<i>gabapentin</i>	53
<i>finasteride</i>	26	<i>galantamine hydrobromide</i>	10
<i>fingolimod hydrochloride</i>	18	<i>galantamine hydrobromide er</i>	10
FINTEPLA	54	<i>gallifrey</i>	31

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
GAMASTAN	35	<i>hailey fe 1/20</i>	28
<i>ganciclovir</i>	68	<i>halobetasol propionate</i>	23
GARDASIL 9	37	<i>haloette</i>	28
<i>gatifloxacin</i>	40	<i>haloperidol</i>	65
<i>gavilyte-c</i>	24	<i>haloperidol decanoate</i>	65
<i>gavilyte-g</i>	24	<i>haloperidol lactate</i>	65
<i>gavilyte-h</i>	25	HAVRIX	37
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	25	<i>heather</i>	31
GAVRETO	61	<i>heparin sodium</i>	73
<i>gefitinib</i>	61	HEPLISAV-B	37
GELNIQUE	26	HIBERIX	37
<i>gemfibrozil</i>	15	HIZENTRA	35
GEMTESA	26	HUMALOG	75
<i>generlac</i>	24	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	75
<i>engraf</i>	36	HUMALOG KWIKPEN	75
GENOTROPIN	26	HUMALOG MIX 50/50	75
GENOTROPIN MINIQUICK	26	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	75
<i>gentak</i>	40	HUMALOG MIX 75/25	75
<i>gentamicin sulfate</i>	40	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	75
<i>gentamicin sulfate</i>	49	HUMATIN	49
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	49	HUMIRA	36
GENVOYA	68	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	36
GILOTRIF	61	DISEASE STARTER PACK	
<i>glatiramer acetate</i>	18	HUMIRA PEN	36
GLEOSTINE	59	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	36
<i>glimepiride</i>	74	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	36
<i>glipizide</i>	74	STARTER PACK	
<i>glipizide er</i>	74	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	36
<i>glipizide xl</i>	74	HUMULIN 70/30	75
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	74	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	75
<i>glucagon emergency kit</i>	74	HUMULIN N	75
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	75	HUMULIN N KWIKPEN	75
<i>glyburide</i>	74	HUMULIN R	75
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	74	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	75
<i>glycopyrrolate</i>	25	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	75
GLYXAMBI	74	<i>hydralazine hcl</i>	16
<i>griseofulvin microsize</i>	58	<i>hydralazine hydrochloride</i>	16
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	58	<i>hydrochlorothiazide</i>	16
<i>guanfacine hydrochloride</i>	14	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	47
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	19	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	47
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	75	<i>hydrocortisone</i>	17
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	75	<i>hydrocortisone</i>	23
GVOKE KIT	75	<i>hydrocortisone</i>	32
GVOKE PFS	75	<i>hydrocortisone valerate</i>	23
<i>hailey 1.5/30</i>	28	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	46
<i>hailey fe 1.5/30</i>	28	<i>hydromorphone hcl</i>	47

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	47	INVEGA SUSTENNA	66
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	47	INVEGA TRINZA	66
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	64	IPOL INACTIVATED IPV	37
<i>hydroxyurea</i>	59	<i>ipratropium bromide</i>	44
<i>hydroxyzine hcl</i>	43	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	42
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	43	<i>irbesartan</i>	14
<i>hydroxyzine pamoate</i>	43	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13
HYPERHEP B	35	ISENTRESS	69
<i>ibandronate sodium</i>	17	ISENTRESS HD	69
IBRANCE	60	ISONIAZID	58
IBRANCE	61	<i>isosorbide dinitrate</i>	16
<i>ibu</i>	48	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	13
<i>ibuprofen</i>	48	<i>hydrochloride</i>	
<i>icatibant acetate</i>	35	<i>isosorbide mononitrate</i>	16
<i>iclevia</i>	28	<i>isosorbide mononitrate er</i>	16
ICLUSIG	61	<i>isotretinoin</i>	22
<i>icosapent ethyl</i>	15	<i>isradipine</i>	12
IDHIFA	62	ISTURISA	26
IGALMI	41	<i>itraconazole</i>	58
ILEVRO	40	<i>ivabradine hydrochloride</i>	13
<i>imatinib mesylate</i>	62	<i>ivermectin</i>	64
IMBRUVICA	62	IWILFIN	60
<i>imipenem/cilastatin</i>	51	IXCHIQ	38
<i>imipramine hcl</i>	56	IXIARO	38
<i>imipramine hydrochloride</i>	56	<i>jaimiess</i>	28
<i>imiquimod</i>	21	JAKAFI	62
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	37	<i>jantoven</i>	73
IMPAVIDO	49	JANUMET	74
INBRIJA	11	JANUMET XR	74
<i>incassia</i>	31	JANUVIA	74
INCRELEX	26	JARDIANCE	16
INCRUSE ELLIPTA	44	JAYPIRCA	62
<i>indapamide</i>	16	<i>jencycla</i>	31
<i>indomethacin</i>	48	JENTADUETO	74
<i>indomethacin er</i>	48	JENTADUETO XR	74
INFANRIX	37	<i>jinteli</i>	28
INFLECTRA	36	<i>jolessa</i>	28
INFLIXIMAB	36	JUBLIA	58
INGREZZA	20	JULUCA	69
INLYTA	62	<i>junel 1.5/30</i>	29
INQOVI	62	<i>junel 1/20</i>	29
INREBIC	60	<i>junel fe 1.5/30</i>	29
<i>insulin lispro</i>	75	<i>junel fe 1/20</i>	29
INTELENCE	69	JYLAMVO	36
<i>introvale</i>	28	JYNNEOS	38
INVEGA HAFYERA	66	KALYDECO	42

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>kariva</i>	29	<i>larin 1.5/30</i>	29
<i>kelnor 1/35</i>	29	<i>larin 1/20</i>	29
<i>kelnor 1/50</i>	29	<i>larin fe 1.5/30</i>	29
KERENDIA	14	<i>larin fe 1/20</i>	29
KESIMPTA	18	<i>larissia</i>	29
<i>ketoconazole</i>	58	<i>latanoprost</i>	41
<i>ketorolac tromethamine</i>	40	LAZCLUZE	60
<i>ketorolac tromethamine</i>	48	<i>leflunomide</i>	36
<i>kimidess</i>	29	<i>lenalidomide</i>	59
KINERET	34	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	62
KINRIX	38	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	62
<i>kionex</i>	70	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	62
KISQALI	62	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	62
KISQALI FEMARA 200 DOSE	60	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	62
KISQALI FEMARA 400 DOSE	60	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	62
KISQALI FEMARA 600 DOSE	60	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	62
<i>klayesta</i>	58	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	62
<i>klor-con</i>	72	<i>lessina</i>	29
<i>klor-con 10</i>	72	<i>letrozole</i>	60
<i>klor-con 8</i>	72	<i>leucovorin calcium</i>	60
<i>klor-con m10</i>	72	LEUKERAN	59
<i>klor-con m15</i>	72	<i>leuprolide acetate</i>	33
<i>klor-con m20</i>	72	<i>levalbuterol</i>	45
<i>klor-con sprinkle</i>	72	<i>levalbuterol hcl</i>	45
<i>klor-con/ef</i>	72	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	45
KOSELUGO	62	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	45
<i>kourzeq</i>	21	<i>levetiracetam</i>	55
KRAZATI	62	<i>levetiracetam er</i>	55
<i>kurvelo</i>	29	<i>levobunolol hcl</i>	39
<i>labetalol hydrochloride</i>	12	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	43
<i>lacosamide</i>	54	<i>levofloxacin</i>	40
<i>lactulose</i>	24	<i>levofloxacin</i>	52
LAGEVRIO	70	<i>levofloxacin in d5w</i>	52
<i>lamivudine</i>	70	<i>levonest</i>	29
<i>lamivudine</i>	70	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	29
<i>lamivudine/zidovudine</i>	70	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	29
<i>lamotrigine</i>	55	<i>levora 0.15/30-28</i>	29
<i>lamotrigine er</i>	54	LEVO-T	32
<i>lamotrigine odt</i>	54	<i>levothyroxine sodium</i>	32
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	54	LEVOXYL	32
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	54	LEXIVA	67
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	55	<i>l-glutamine</i>	76
<i>lansoprazole</i>	25	LIBERVANT	53
LANTUS	75	<i>lidocaine</i>	48
LANTUS SOLOSTAR	75	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	21
<i>lapatinib ditosylate</i>	62	<i>lidocaine viscous</i>	21

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lidocaine/prilocaine</i>	48	LYNPARZA	62
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	48	LYSODREN	60
LILETTA	31	LYTGOBI	62
<i>lillow</i>	29	LYUMJEV	75
<i>linezolid</i>	49	LYUMJEV KWIKPEN	75
LINZESS	24	<i>lyza</i>	31
<i>liothyronine sodium</i>	32	<i>magnesium sulfate</i>	72
<i>lisinopril</i>	16	<i>malathion</i>	24
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>maraviroc</i>	67
<i>lithium</i>	41	<i>marlissa</i>	29
<i>lithium carbonate</i>	41	MARPLAN	55
<i>lithium carbonate er</i>	41	MATULANE	59
LIVMARLI	25	<i>matzim la</i>	12
LIVTENCITY	68	MAVYRET	68
<i>lojaimiess</i>	29	MAYZENT	18
LOKELMA	70	MAYZENT STARTER PACK	18
LONSURF	60	<i>meclizine hcl</i>	57
<i>loperamide hcl</i>	24	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	31
<i>lopinavir/ritonavir</i>	67	<i>mefloquine hcl</i>	65
<i>lopreeza</i>	29	<i>megestrol acetate</i>	31
<i>lorazepam</i>	49	MEKINIST	62
<i>lorazepam intensol</i>	49	MEKTOVI	62
LORBRENA	62	<i>meloxicam</i>	48
<i>lorcet</i>	47	<i>memantine hcl titration pak</i>	10
<i>lorcet hd</i>	47	<i>memantine hydrochloride</i>	10
<i>lorcet plus</i>	47	<i>memantine hydrochloride er</i>	10
<i>losartan potassium</i>	14	MENACTRA	38
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	13	MENEST	29
LOTEMAX SM	41	MENQUADFI	38
<i>lovastatin</i>	15	MENVEO	38
<i>low-ogestrel</i>	29	<i>mercaptopurine</i>	60
<i>loxapine</i>	65	<i>meropenem</i>	51
<i>lubiprostone</i>	24	<i>mesalamine</i>	17
LUMAKRAS	62	<i>mesalamine dr</i>	17
LUMIGAN	41	<i>mesalamine er</i>	17
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	33	MESNEX	60
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	33	<i>metformin hydrochloride</i>	74
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	33	<i>metformin hydrochloride er</i>	74
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	33	<i>methadone hcl</i>	46
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	33	<i>methadone hydrochloride</i>	47
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	33	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	47
<i>lurasidone hydrochloride</i>	66	<i>methazolamide</i>	39
<i>lutra</i>	29	<i>methenamine hippurate</i>	50
LYBALVI	66	<i>methimazole</i>	32
<i>lyleq</i>	31	<i>methocarbamol</i>	76
<i>lyllana</i>	29	<i>methotrexate</i>	37

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>methotrexate sodium</i>	37	<i>morphine sulfate er</i>	47
<i>methsuximide</i>	53	MOTTEGRITY	24
<i>methyldopa</i>	14	MOUNJARO	74
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	52
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	20	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone</i>	32	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	40
<i>methylprednisolone dose pack</i>	32	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	52
<i>metoclopramide hcl</i>	25	MRESVIA	38
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	25	MULTAQ	14
<i>metolazone</i>	16	<i>mupirocin</i>	24
<i>metoprolol succinate er</i>	12	<i>mycophenolate mofetil</i>	37
<i>metoprolol tartrate</i>	12	<i>mycophenolic acid dr</i>	37
<i>metronidazole</i>	22	<i>myorisan</i>	22
<i>metronidazole</i>	50	MYRBETRIQ	26
<i>metronidazole vaginal</i>	50	<i>nabumetone</i>	48
<i>metyrosine</i>	13	<i>nadolol</i>	12
<i>mexiletine hcl</i>	14	<i>nafcillin sodium</i>	51
<i>microgestin 1.5/30</i>	29	<i>naloxone hcl</i>	41
<i>microgestin 1/20</i>	29	<i>naloxone hydrochloride</i>	41
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	29	<i>naltrexone hcl</i>	41
<i>microgestin fe 1/20</i>	29	NAMZARIC	10
<i>midodrine hcl</i>	14	<i>naproxen</i>	48
<i>mifepristone</i>	33	<i>naproxen dr</i>	48
<i>miglustat</i>	76	<i>naproxen sodium</i>	48
<i>mili</i>	29	<i>naratriptan hcl</i>	10
<i>mimvey</i>	29	NATACYN	40
<i>mimvey lo</i>	29	<i>nateglinide</i>	74
<i>minocycline hcl</i>	52	NAYZILAM	55
<i>minocycline hydrochloride</i>	52	<i>nebivolol</i>	12
<i>minoxidil</i>	16	<i>nebivolol hydrochloride</i>	12
<i>mirtazapine</i>	55	<i>necon 0.5/35-28</i>	29
<i>mirtazapine odt</i>	55	<i>necon 7/7/7</i>	29
<i>misoprostol</i>	25	<i>nefazodone hydrochloride</i>	57
M-M-R II	38	<i>neomycin sulfate</i>	49
<i>modafinil</i>	21	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	39
<i>moexipril hcl</i>	16	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	39
<i>molindone hydrochloride</i>	65	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	39
<i>mometasone furoate</i>	23	<i>one</i>	
<i>mometasone furoate</i>	44	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	40
<i>mondoxyne nl</i>	52	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	40
<i>mono-lynyah</i>	29	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	46
<i>mononessa</i>	29	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	46
<i>montelukast sodium</i>	44	<i>neo-polycin</i>	39
<i>morgidox 1x100mg</i>	52	<i>neo-polycin hc</i>	39
<i>morgidox 2x100mg</i>	53	NERLYNX	62
<i>morphine sulfate</i>	47	NEULASTA	73

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NEULASTA ONPRO KIT	73	NOVOLIN N RELION	75
<i>nevirapine</i>	69	NOVOLIN R	75
<i>nevirapine er</i>	69	NOVOLIN R FLEXPEN	75
NEXLETOL	15	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	75
NEXLIZET	15	NOVOLIN R RELION	75
NEXPLANON	31	NOVOLOG	75
<i>niacin er</i>	15	NOVOLOG FLEXPEN	75
NICOTROL NS	41	NOVOLOG FLEXPEN RELION	75
<i>nifedipine er</i>	12	NOVOLOG MIX 70/30	75
<i>nilutamide</i>	59	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	76
<i>nimodipine</i>	12	FLEXPEN	
NINLARO	63	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	76
<i>nitazoxanide</i>	65	FLEXPEN RELION	
<i>nitisinone</i>	76	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	76
NITRO-BID	16	NOVOLOG PENFILL	76
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	50	NOVOLOG RELION	76
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	50	<i>np thyroid 120</i>	32
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	50	<i>np thyroid 15</i>	32
<i>nitroglycerin</i>	16	<i>np thyroid 30</i>	32
<i>nitroglycerin</i>	25	<i>np thyroid 60</i>	32
<i>nitroglycerin transdermal</i>	16	<i>np thyroid 90</i>	32
NIVA THYROID	32	NUBEQA	59
<i>nizatidine</i>	25	NUCALA	42
<i>nora-be</i>	31	NUEDEXTA	20
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	30	NUPLAZID	66
<i>norethindrone</i>	31	NUTRILIPID	45
<i>norethindrone acetate</i>	31	<i>nyamyc</i>	58
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	30	<i>nylia 1/35</i>	30
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	30	<i>nylia 7/7/7</i>	30
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	30	<i>nymyo</i>	30
<i>norlyda</i>	31	<i>nystatin</i>	58
<i>norlyroc</i>	31	<i>nystatin/triamcinolone</i>	22
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	30	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	22
<i>nortrel 1/35</i>	30	<i>nystop</i>	59
<i>nortrel 7/7/7</i>	30	<i>octreotide acetate</i>	33
<i>nortriptyline hcl</i>	56	ODEFSEY	70
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	56	ODOMZO	63
NORVIR	67	OFEV	42
NOVOLIN 70/30	75	<i>ofloxacin</i>	40
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	75	<i>ofloxacin</i>	46
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	75	OGSIVEO	60
NOVOLIN 70/30 RELION	75	OJEMDA	60
NOVOLIN N	75	OJJAARA	63
NOVOLIN N FLEXPEN	75	<i>olanzapine</i>	66
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	75	<i>olanzapine odt</i>	66
		<i>olmesartan medoxomil</i>	14

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	13	ORSERDU	59
<i>olopatadine hcl</i>	39	<i>orsythia</i>	30
<i>olopatadine hydrochloride</i>	39	<i>oseltamivir phosphate</i>	68
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	15	OSMOLEX ER	11
<i>omeprazole</i>	25	OSPHERA	27
<i>omeprazole dr</i>	25	OTEZLA	22
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT	45	OTEZLA	34
(GEN 5)		<i>oxacillin sodium</i>	51
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	45	<i>oxaprozin</i>	48
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	45	<i>oxcarbazepine</i>	54
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	46	<i>oxybutynin chloride</i>	26
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	46	<i>oxybutynin chloride er</i>	26
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	46	<i>oxycodone hydrochloride</i>	47
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	46	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	47
KIT (GEN 3)		OZEMPIC	74
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	46	PACERONE	14
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	46	<i>paliperidone er</i>	66
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	46	PANRETIN	64
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	46	<i>pantoprazole sodium</i>	25
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	46	<i>paricalcitol</i>	17
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	46	<i>paroex</i>	21
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	46	<i>paromomycin sulfate</i>	49
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	46	<i>paroxetine hcl</i>	57
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	46	<i>paroxetine hydrochloride</i>	57
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	46	PASER	58
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	46	PAXLOVID	70
<i>ondansetron hcl</i>	57	<i>pazopanib hydrochloride</i>	63
<i>ondansetron hydrochloride</i>	57	PEDIARIX	38
<i>ondansetron odt</i>	57	PEDVAX HIB	38
ONUREG	60	<i>peg 3350/electrolytes</i>	25
OPSUMIT	43	<i>peg-3350/electrolytes</i>	25
OPVEE	41	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	25
<i>oralone dental paste</i>	21	PEGASYS	35
ORENCIA	34	PEGASYS	37
ORENCIA	37	<i>pegylax</i>	24
ORENCIA CLICKJECT	34	PEMAZYRE	63
ORENITRAM	43	PENBRAYA	38
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	43	<i>penicillamine</i>	71
1		<i>penicillin g sodium</i>	51
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	43	<i>penicillin v potassium</i>	51
2		PENTACEL	38
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	43	<i>pentamidine isethionate</i>	65
3		<i>pentoxifylline er</i>	13
ORGOVYX	33	<i>perindopril erbumine</i>	16
ORKAMBI	42	<i>perio gard</i>	21
<i>orphenadrine citrate er</i>	76	<i>permethrin</i>	24

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>perphenazine</i>	65	<i>praziquantel</i>	64
PERSERIS	66	<i>prazosin hydrochloride</i>	11
<i>phenadoz</i>	57	<i>prednisolone</i>	32
<i>phenelzine sulfate</i>	55	<i>prednisolone acetate</i>	41
<i>phenobarbital</i>	53	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32
PHENYTEK	54	<i>prednisone</i>	32
<i>phenytoin</i>	54	<i>pregabalin</i>	53
<i>phenytoin infatabs</i>	54	PREHEVBRIO	38
<i>phenytoin sodium extended</i>	54	PREMARIN	30
PHESGO	60	<i>premium lidocaine</i>	48
<i>philith</i>	30	PREMPHASE	30
PIFELTRO	69	PREMPRO	30
<i>pilocarpine hcl</i>	39	<i>prenatal</i>	72
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	21	<i>prevalite</i>	15
<i>pimecrolimus</i>	23	<i>previfem</i>	30
<i>pimozide</i>	65	PREVYMIS	68
<i>pimtreea</i>	30	PREZCOBIX	67
<i>pindolol</i>	12	PREZISTA	67
<i>pioglitazone hcl</i>	74	PRIFTIN	58
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	74	<i>primaquine phosphate</i>	65
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	74	<i>primidone</i>	53
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	51	PRIORIX	38
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	63	PRIVIGEN	35
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	63	PROAIR RESPICLICK	45
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	63	<i>probenecid</i>	17
<i>pirfenidone</i>	42	<i>probenecid/colchicine</i>	17
<i>pirmella 1/35</i>	30	<i>prochlorperazine</i>	57
<i>pirmella 7/7/7</i>	30	<i>prochlorperazine maleate</i>	57
<i>piroxicam</i>	48	PROCRIT	73
<i>pitavastatin calcium</i>	15	<i>procto-med hc</i>	17
PLENAMINE	72	<i>proctosol hc</i>	17
<i>podofilox</i>	22	<i>proctozone-hc</i>	17
<i>polycin</i>	40	<i>progesterone</i>	31
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	40	PROGRAF	37
POMALYST	59	PROLASTIN-C	76
<i>portia-28</i>	30	PROLIA	17
<i>posaconazole</i>	59	PROMACTA	73
<i>posaconazole dr</i>	59	<i>promethazine hcl</i>	57
<i>potassium chloride</i>	72	<i>promethazine hydrochloride</i>	57
<i>potassium chloride er</i>	72	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	57
<i>potassium chloride sr</i>	72	<i>promethegan</i>	57
<i>potassium citrate er</i>	72	<i>propafenone hcl</i>	14
PRALUENT	15	<i>propafenone hydrochloride</i>	14
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11	<i>propafenone hydrochloride er</i>	14
<i>prasugrel hydrochloride</i>	72	<i>propranolol hcl</i>	12
<i>pravastatin sodium</i>	15	<i>propranolol hcl er</i>	12

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>propranolol hydrochloride</i>	12	REVCOVI	76
<i>propranolol hydrochloride er</i>	12	REXULTI	66
<i>propylthiouracil</i>	33	REYATAZ	67
PROQUAD	38	REZLIDHIA	63
<i>protriptyline hcl</i>	56	REZUROCK	37
PULMOZYME	42	RHOPRESSA	39
PURIXAN	60	<i>ribavirin</i>	68
<i>pyrazinamide</i>	58	<i>rifabutin</i>	58
<i>pyridostigmine bromide</i>	11	<i>rifampin</i>	58
<i>pyrimethamine</i>	65	<i>riluzole</i>	20
PYRUKYND	76	RINVOQ	34
PYRUKYND TAPER PACK	76	RINVOQ LQ	34
QINLOCK	63	<i>risedronate sodium</i>	17
QUADRACEL	38	<i>risperidone</i>	67
<i>quetiapine fumarate</i>	66	<i>risperidone er</i>	66
<i>quetiapine fumarate er</i>	66	<i>risperidone odt</i>	67
<i>quinapril hydrochloride</i>	16	<i>ritonavir</i>	67
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>rivastigmine tartrate</i>	10
<i>quinidine sulfate</i>	14	<i>rivastigmine transdermal system</i>	10
<i>quinine sulfate</i>	65	<i>rivelsa</i>	30
QULIPTA	11	<i>rizatriptan benzoate</i>	10
QVAR REDIHALER	44	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	10
RABAVERT	38	ROCKLATAN	40
<i>rabeprazole sodium</i>	25	<i>roflumilast</i>	45
<i>raloxifene hydrochloride</i>	27	ROLVEDON	73
<i>ramelteon</i>	21	<i>ropinirole er</i>	11
<i>ramipril</i>	16	<i>ropinirole hcl</i>	11
<i>ranolazine er</i>	13	<i>ropinirole hydrochloride</i>	11
<i>rasagiline mesylate</i>	11	<i>rosadan</i>	22
RAYALDEE	17	<i>rosuvastatin calcium</i>	15
REBIF	18	ROTARIX	38
REBIF REBIDOSE	18	ROTATEQ	38
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	18	<i>roweepra</i>	55
REBIF TITRATION PACK	18	<i>roweepra xr</i>	55
RECOMBIVAX HB	38	ROZLYTREK	63
RELENZA DISKHALER	68	RUBRACA	63
RELISTOR	24	<i>rufinamide</i>	54
RENFLEXIS	37	RUKOBIA	67
<i>repaglinide</i>	74	RYBELSUS	74
REPATHA	15	RYDAPT	63
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	15	RYTARY	11
REPATHA SURECLICK	15	<i>sajazir</i>	35
RESTASIS	40	SANDIMMUNE	37
RESTASIS MULTIDOSE	40	SANTYL	22
RETACRIT	73	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	76
RETEVMO	63	SAVELLA	19

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SAVELLA TITRATION PACK	19	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14
SCEMBLIX	63	SOTYKTU	22
<i>scopolamine</i>	57	SPEVIGO	23
SECUADO	67	SPIRIVA RESPIMAT	44
<i>selegiline hcl</i>	11	<i>spironolactone</i>	14
<i>selenium sulfide</i>	23	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13
SELZENTRY	67	<i>sprintec 28</i>	30
SEREVENT DISKUS	45	SPRITAM	55
<i>sertraline hcl</i>	57	SPRYCEL	63
<i>sertraline hydrochloride</i>	57	SPS	70
<i>setlakin</i>	30	<i>sronyx</i>	30
<i>sevelamer carbonate</i>	71	<i>ssd</i>	22
SFROWASA	17	STAMARIL	38
<i>sharobel</i>	31	<i>stavudine</i>	70
SHINGRIX	38	STELARA	34
SIGNIFOR	33	STIOLTO RESPIMAT	42
<i>sildenafil citrate</i>	43	STIVARGA	63
<i>silodosin</i>	26	<i>streptomycin sulfate</i>	49
<i>silver sulfadiazine</i>	22	STRIBILD	69
SIMBRINZA	40	<i>subvenite</i>	55
<i>simliya</i>	30	<i>subvenite starter kit/blue</i>	55
<i>simpesse</i>	30	<i>subvenite starter kit/green</i>	55
<i>simvastatin</i>	15	<i>subvenite starter kit/orange</i>	55
<i>sirolimus</i>	37	SUCRAID	76
SIRTURO	58	<i>sucrafate</i>	25
SKYCLARYS	46	<i>sulfacetamide sodium</i>	40
SKYRIZI	34	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	40
SKYRIZI PEN	34	<i>phosphate</i>	
<i>sodium chloride</i>	72	<i>sulfadiazine</i>	52
<i>sodium chloride 0.45%</i>	72	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	52
<i>sodium chloride 0.9%</i>	46	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	52
<i>sodium oxybate</i>	21	<i>sulfasalazine</i>	17
<i>sodium phenylbutyrate</i>	76	<i>sulindac</i>	48
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	70	<i>sumatriptan</i>	10
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	25	<i>sumatriptan succinate</i>	10
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	68	<i>sunitinib malate</i>	63
<i>solifenacin succinate</i>	26	SUNLENCA	68
SOLQUA 100/33	74	SUTAB	25
SOLTAMOX	59	SYMPAZAN	53
SOMAVERT	33	SYMTUZA	67
<i>sorafenib</i>	63	SYNJARDY	74
<i>sorafenib tosylate</i>	63	SYNJARDY XR	74
<i>sorine</i>	14	SYNRIBO	60
<i>sotalol hcl</i>	14	SYNTHROID	32
<i>sotalol hydrochloride</i>	15	TABLOID	60
		TABRECTA	63

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tacrolimus</i>	23	<i>tiadylt er</i>	12
<i>tacrolimus</i>	37	<i>tiagabine hydrochloride</i>	53
<i>tadalafil</i>	26	TIBSOVO	63
<i>tadalafil</i>	43	TICOVAC	38
TAFINLAR	63	<i>tigecycline</i>	50
TAGRISSE	63	<i>timolol maleate</i>	11
TALZENNA	63	<i>timolol maleate</i>	39
<i>tamoxifen citrate</i>	59	<i>tinidazole</i>	50
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	26	<i>tiotropium bromide</i>	44
<i>tarina fe 1/20</i>	30	TIVICAY	69
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	30	TIVICAY PD	69
TASIGNA	63	<i>tizanidine hcl</i>	10
TAVNEOS	34	<i>tizanidine hydrochloride</i>	10
<i>tazarotene</i>	22	TOBI PODHALER	43
TAZICEF	51	TOBRADEX	40
<i>taztia xt</i>	12	TOBRADEX ST	40
TAZVERIK	63	<i>tobramycin</i>	40
TDVAX	38	<i>tobramycin</i>	43
TEFLARO	51	<i>tobramycin sulfate</i>	49
TEGSEDI	77	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	40
<i>telmisartan</i>	14	<i>tolterodine tartrate</i>	26
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>tolterodine tartrate er</i>	26
<i>temazepam</i>	21	<i>topiramate</i>	55
TEMIXYS	70	<i>topotecan hcl</i>	60
TENIVAC	38	<i>topotecan hydrochloride</i>	60
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	70	<i>toremifene citrate</i>	59
TEPMETKO	63	<i>torpenz</i>	64
<i>terazosin hcl</i>	26	<i>torse mide</i>	16
<i>terazosin hydrochloride</i>	26	TOUJEO MAX SOLOSTAR	76
<i>terbinafine hcl</i>	59	TOUJEO SOLOSTAR	76
<i>terconazole</i>	59	TRADJENTA	74
<i>teriparatide</i>	17	<i>tramadol hydrochloride</i>	47
<i>testosterone</i>	27	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	47
<i>testosterone cypionate</i>	27	<i>trandolapril</i>	16
<i>testosterone enanthate</i>	27	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13
<i>testosterone pump</i>	27	<i>tranexamic acid</i>	72
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	38	<i>tranylcypramine sulfate</i>	56
<i>tetrabenazine</i>	20	<i>trazodone hydrochloride</i>	57
<i>tetracycline hydrochloride</i>	53	TRECTOR	58
TEVIMBRA	59	TRELEGY ELLIPTA	42
THALOMID	59	TRELSTAR MIXJECT	33
<i>theophylline er</i>	45	TRESIBA	76
<i>thioridazine hcl</i>	65	TRESIBA FLEXTOUCH	76
<i>thiothixene</i>	65	<i>tretinoin</i>	22
THYROID	32	<i>tretinoin</i>	64
		<i>tri femynor</i>	30

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	UDENYCA ONBODY	73
<i>triamcinolone acetonide</i>	32	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	46
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	21	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	46
<i>triamterene</i>	15	UNITHROID	32
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>urea</i>	22
<i>triderm</i>	23	<i>ursodiol</i>	25
<i>trientine hydrochloride</i>	71	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	68
<i>tri-estarylla</i>	30	VALCHLOR	59
<i>trifluoperazine hcl</i>	65	<i>valganciclovir</i>	68
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	65	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	68
<i>trifluridine</i>	40	<i>valproic acid</i>	55
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	11	<i>valsartan</i>	14
TRIJARDY XR	74	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13
TRIKAFTA	43	VALTOCO 10 MG DOSE	53
<i>tri-linyah</i>	30	VALTOCO 15 MG DOSE	53
<i>trilyte</i>	25	VALTOCO 20 MG DOSE	53
<i>trimethoprim</i>	50	VALTOCO 5 MG DOSE	53
<i>tri-mili</i>	30	<i>vancomycin hcl</i>	50
<i>trimipramine maleate</i>	56	<i>vancomycin hydrochloride</i>	50
<i>trinessa</i>	31	VANFLYTA	64
TRINTELLIX	57	VAQTA	38
<i>tri-nymyo</i>	30	<i>varenicline starting month box</i>	41
<i>tri-previfem</i>	30	<i>varenicline tartrate</i>	41
<i>tri-sprintec</i>	30	VARIVAX	39
TRIUMEQ	70	VAXCHORA	39
TRIUMEQ PD	70	VAXELIS	39
<i>trivora-28</i>	31	VELPHORO	71
<i>tri-vylibra</i>	31	VELTASSA	70
TRIZIVIR	70	VENCLEXTA	64
<i>tropium chloride</i>	26	VENCLEXTA STARTING PACK	64
<i>tropium chloride er</i>	26	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	57
TRULICITY	74	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	57
TRUMENBA	38	VENTAVIS	43
TRUQAP	64	VEOPOZ	34
TRUSELTIQ	60	VEOZAH	20
TUKYSA	64	<i>verapamil hcl</i>	13
<i>tulana</i>	32	<i>verapamil hcl er</i>	13
TURALIO	64	<i>verapamil hcl sr</i>	13
<i>turqoz</i>	31	<i>verapamil hydrochloride</i>	13
TWINRIX	38	<i>verapamil hydrochloride er</i>	13
TYBOST	68	VERQUVO	16
TYMLOS	17	VERSACLOZ	65
TYPHIM VI	38	VERZENIO	64
TYRVAYA	41	V-GO 20	46
UBRELVY	11	V-GO 30	46
UDENYCA	73	V-GO 40	46

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>vicodin hp</i>	47	XOLAIR	35
<i>vienva</i>	31	XOLREMDI	73
<i>vigabatrin</i>	53	XOSPATA	64
<i>vigadrone</i>	54	XPOVIO	64
VIGAFYDE	54	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	64
<i>vigpoder</i>	54	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	64
<i>vilazodone hydrochloride</i>	57	XTAMPZA ER	47
<i>viorele</i>	31	XTANDI	59
VIRACEPT	67	<i>xulane</i>	31
VIREAD	70	<i>yargesa</i>	77
VISTOGARD	46	YF-VAX	39
VITRAKVI	64	YUPELRI	44
VIVITROL	41	<i>yuvafem</i>	31
VIZIMPRO	64	<i>zafemy</i>	31
VOCABRIA	69	<i>zafirlukast</i>	44
<i>volnea</i>	31	<i>zaleplon</i>	21
VONJO	60	ZARXIO	73
VORANIGO	60	ZEJULA	64
<i>voriconazole</i>	59	ZELBORAF	64
VOSEVI	68	<i>zenatane</i>	22
VOWST	25	ZENPEP	77
VRAYLAR	67	ZEPOSIA	18
VUMERITY	18	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	18
<i>vyfemla</i>	31	ZEPOSIA STARTER KIT	18
VYJUVEK	68	<i>zidovudine</i>	70
<i>vylibra</i>	31	<i>ziprasidone hcl</i>	67
VYNDAMAX	13	<i>ziprasidone mesylate</i>	67
VYZULTA	41	ZIRGAN	40
<i>warfarin sodium</i>	73	ZOKINVY	46
WELIREG	77	ZOLINZA	60
<i>wera</i>	31	<i>zolmitriptan</i>	10
<i>wixela inhub</i>	42	<i>zolpidem tartrate</i>	21
XALKORI	64	<i>zolpidem tartrate er</i>	21
XARELTO	73	ZONISADE	54
XARELTO STARTER PACK	73	<i>zonisamide</i>	54
XATMEP	37	<i>zovia 1/35</i>	31
XCOPRI	54	<i>zovia 1/35e</i>	31
XDEMVY	40	ZTALMY	54
XELJANZ	34	ZURZUVAE	55
XELJANZ XR	34	ZYDELIG	64
XERMELO	24	ZYKADIA	64
XGEVA	17	ZYLET	40
XIFAXAN	25	ZYPREXA RELPREVV	67
XIGDUO XR	74		
XIIDRA	40		
XOFLUZA	68		

Aviso de no discriminación: la discriminación es ilegal

eternalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo. eternalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo.

eternalHealth:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para los miembros de eternalHealth al **1-800-680-4568 (TTY 711)** Si cree que eternalHealth no cumplió con estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

eternalHealth (correo postal)

eternalHealth, Inc.
eH Privacy Officer
C/O Appeals & Grievances
PO Box 1377
Westborough, MA 01581

eternalHealth (teléfono/fax)

Número de teléfono local: 617-684-2348 (TTY 711)
Número de teléfono gratuito: 1-800-680-4568 (TTY 711)
Fax: 1-866-326-1073

eternalHealth (en persona)

eternalHealth, Inc.
31 St. James Ave, Suite 950
Boston, MA 02116

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para interponer un reclamo, el Servicio para los miembros de eternalHealth está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 891-6989 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese:

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 891-6989 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 891-6989 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 891-6989 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1 (800) 891-6989 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए ., बस हमें 1 (800) 891-6989 (TTY 711) पर फोन करें .यह एक मुफ्त सेवा है .कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है .

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1 (800) 891-6989 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



Este formulario se actualizó el 09/17/2024. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, llame al Servicio para los miembros de eternalHealth al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite www.eternalhealth.com.