



Formulario 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

Este formulario se aplica a los siguientes planes:

Arizona:

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

Massachusetts:

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

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID: 24079, Version Number 17

Este formulario se actualizó el 10/01/2024. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con el Servicio de farmacia para miembros de eternalHealth al **1-800-891-6989** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 24 horas al día, 7 días a la semana, o visite **www.eternalHealth.com**.

- **Mensaje importante acerca de lo que usted paga por vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible. Llame a Servicios farmacéuticos para miembros para más información.
- **Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina:** usted no pagará más de \$35 por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si usted no ha pagado su deducible.

Nota para miembros actuales: este formulario ha cambiado desde el 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”, se refiere a eternalHealth. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a eternalHealth Forever (HMO), eternalHealth ForeverMore (HMO), eternalHealth Freedom (PPO), eternalHealth Give Back (PPO), eternalHealth Horizon (HMO) y eternalHealth Grand Give Back (HMO).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente desde el 1 de noviembre de 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el 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 2025 y, ocasionalmente, durante el año.

¿Qué es el formulario de eternalHealth?

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 obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden el 1 de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos de la lista 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.

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos presentados a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año: **nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica que aparecerá en el mismo nivel o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en

nuestra lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si está tomando actualmente ese medicamento de marca, podríamos no avisarle con anticipación sobre este cambio, pero le brindaremos información más adelante sobre los cambios específicos que realizamos.

- Si realizamos dicho cambio, usted o el médico que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que proporcionamos 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?”

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en el formulario, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas, o podemos realizar cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, añadimos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido diferente, debemos informar a los miembros del cambio por lo menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento, momento en el cual el paciente recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. 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 2024 que estaba cubierto al principio del año, no se interrumpirá ni se reducirá la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, 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 la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios y busque cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir del 1 de noviembre de 2024. 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. En caso de que se produzca un cambio en el formulario que no sea de mantenimiento a mitad de año, se le notificará.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección

El formulario empieza en la página 12. 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 la página 12. 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 83. 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 cuestan menos que los de marca.

¿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 su médico 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 comprimidos por receta de pantoprazol. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o de tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, eternalHealth requiere que usted 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 restricción buscando en el formulario que empieza en la página 12. 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 tratamiento escalonado. 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 7 para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede solicitar a Servicios de Farmacia 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?

Usted puede solicitar a eternalHealth que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted 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 usted no podrá pedirnos que le entreguemos el medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.
- Puede pedirnos cubrir un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costo compartido a menos que el medicamento este en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto bajaría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que lo exoneremos de sus restricciones o límites de cobertura en su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos eternalHealth limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una restricción de cantidad, usted puede pedirnos una excepción al límite y cubrir una cantidad mayor.

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

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción del formulario, de nivel o de restricción de utilización. **Cuando solicita una excepción al formulario, de nivel o de restricción de utilización, debe presentar una**

declaración de su médico que emita la receta o que respalde su solicitud. Por lo general, debemos tomar una decisión en las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración justificante de su médico que emite la receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud puede verse afectada gravemente si espera hasta 72 horas por una decisión. Si su solicitud acelerada se aprueba, debemos comunicarle la decisión en no más de 24 horas después de recibir la declaración justificante de su médico u otro que emita la receta.

¿Qué debo hacer antes de poder hablar con mi médico sobre cambios en mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de nuestra parte antes de poder obtener su receta. Debe consultar con su médico para decidir si usted debe cambiar a un medicamento apropiado que nosotros cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar 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 está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos surtidos hasta para un máximo de 30 días del medicamento. 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 es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, podemos cubrir un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días mientras busca una excepción al formulario. Si usted es un miembro actual y se le hace 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. En estos casos, usted 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.

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, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de eternalHealth

El formulario que inicia en la siguiente página provee 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 83.

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. La mayoría de los medicamentos en este formulario están disponibles a través de nuestro beneficio de pedidos por correo. Contáctenos para conocer los detalles. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

B/D = Medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de la circunstancia. Puede 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 = Restricción 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 = Tratamiento Escalonado. 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 = Tratamiento Escalonado Solo para Nuevos Miembros. La restricción de tratamiento escalonado solo se aplica si es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

NDS = Suministro para Días no Extendidos. Este medicamento con receta está disponible como un suministro de 30 días o menos en farmacias minoristas de pedidos por correo.

Niveles del medicamento

Usted puede identificar en qué nivel está su medicamento consultando la columna “Nivel del medicamento”. El siguiente cuadro describe qué tipos de medicamentos están incluidos en cada nivel y cómo pueden cambiar los costos en cada nivel. Llame a nuestro número de servicios de farmacia 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.

Nivel del medicamento	Incluye
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	El nivel 1 es el nivel de copago más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca distintos de los considerados medicamentos genéricos preferidos cubiertos con un copago genérico más alto.
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos con el copago de marca más bajo.
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)	El Nivel 4 incluye medicamentos de marca y ciertos medicamentos genéricos diferentes a los que se consideran medicamentos de marca preferidos al costo de copago de marca más alto.
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	El Nivel 5 es el nivel más alto. 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	4	QL(30 EA por 30 días); ST
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (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 antijaquecosos		
<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</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>Profiláctico</i>		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	4	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC	5	QL(18 EA por 30 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimiasténicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
GUANIDINE HCL	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER	4	PA
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
KYNMOBI	5	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	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	
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</i>		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
<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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<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</i>	2	
<i>nadolol tablet 80mg</i>	3	
<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	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<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	
NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML	5	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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>tiadyt er</i>	2	
<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>acetazolamide</i>	3	
<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	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
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>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
KERENDIA	4	QL(30 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>	2	
<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		
<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	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<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	
Antiarrítmicos		
<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, 62.5mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	1	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		
<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	
LIVALO	4	ST
<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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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
<i>Diuréticos, ahorrador de potasio</i>		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	1	
<i>Diuréticos, evacuación</i>		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>toremide tablet</i>	1	
<i>Diuréticos, tiazida</i>		
<i>chlorothiazide tablet</i>	2	
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
<i>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</i>		
<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	
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i>		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<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		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<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)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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 dr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<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>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BAFIERTAM	5	QL(120 EA por 30 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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
OCREVUS ZUNOVO	5	QL(23 ML por 168 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
TYSABRI	5	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)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
Agentes de fibromialgia		
<i>pregabalín capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalín capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalín solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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 30mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 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	
<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		

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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 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
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	4	QL(30 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>		

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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	
KEPIVANCE	5	
<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>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide 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	
<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	
KLISYRI	5	ST
<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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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	
<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	
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	2	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
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	
<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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment, solution</i>	3	
<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 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 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>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	
BACTROBAN NASAL	4	
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<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>	2	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron 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	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
RECTIV	4	
<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
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXILANT	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>dexlansoprazole</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<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)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
<i>d-penamine</i>	5	
ELMIRON	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
Antiespasmódicos, urinario		
GELNIQUE PUMP	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)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
Andrógenos		
<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>	3	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
Estrógenos		
<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)
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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 twice weekly, patch 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>	4	
<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)
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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>lutura</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-linyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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>pimtrea</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-lynyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DEPO-PROVERA INJECTION 400MG/ML	4	QL(10 ML por 28 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	3	
<i>errin</i>	3	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	3	
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	
<i>jolivette</i>	3	
<i>lyleq</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	3	
<i>norlyda</i>	3	
<i>norlyroc</i>	3	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
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</i>	2	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
<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	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	3	
<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	
THYROLAR-1	4	
THYROLAR-1/2	4	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
THYROLAR-1/4	4	
THYROLAR-2	4	
THYROLAR-3	4	
UNITHROID	3	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</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
LANREOTIDE ACETATE INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	5	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	5	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>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
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	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
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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 hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)</i>		
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
LYSODREN	5	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antiitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
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
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
ENJAYMO	5	PA
ILARIS INJECTION 150MG/ML	5	QL(2 ML por 28 días); 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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 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
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	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
XOLAIR	5	PA
<i>Agentes para angioedema</i>		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
INTRON A	5	PA NSO
PEGASYS	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	5	B/D
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	4	B/D
PANZYGA	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	5	PA
XEMBIFY	5	PA
<i>Inmunosupresores</i>		
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
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
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</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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 40MG/0.4ML, 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 INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	4	
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 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
PROGRAF PACKET	4	B/D
REMICADE	5	PA
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	5	QL(3 EA por 28 días); PA
<i>Vacunas</i>		
ABRYSVO	3	
ACTHIB INJECTION 0	3	
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX	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	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	3	B/D
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	3	
IXCHIQ	3	
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	3	
MENACTRA	3	
MENQUADFI	3	
MENVEO	3	
MRESVIA	3	QL(0.5 ML por 999 días)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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	3	B/D
PRIORIX	3	
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	3	B/D
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VAXCHORA	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er</i>	3	
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	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	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<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	
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium 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	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	2	
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
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		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<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)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<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	
<i>Dependencia de opioides</i>		
<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)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
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)
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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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	5	PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	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
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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 0.25MG, 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
Antihistamínicos		
<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>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
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)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>zafirlukast</i>	4	
<i>Broncodilatadores, anticolinérgicos</i>		
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
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
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>	3	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
<i>Broncodilatadores, simpaticomimético</i>		
<i>albuterol sulfate er</i>	4	
<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
<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)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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>	5	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	
AUGTYRO	5	PA NSO
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	
IGALMI	4	PA NSO
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
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
NUTRILIPID	2	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)
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)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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 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)
OXLUMO	5	PA
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak) \$0 Copay
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<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	
VYJUVEK	5	PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</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); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	NDS

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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 concentrate</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS
<i>lorcet hd</i>	2	NDS
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
<i>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</i>		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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 potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<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>	4	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<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, oral solution</i>	2	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<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	
<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>	3	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam</i>	4	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<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>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tinidazole</i>	3	
<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, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>Betalactámico, cefalosporinas</i>		
<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, 500mg</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	3	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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, 7.5gm, 750mg</i>	3	
<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>naficillin 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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>imipenem/cilastatin</i>	4	
<i>meropenem</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<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	
<i>erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml</i>	4	
Quinolonas		
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<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>	4	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de aumento de ácido y-aminobutírico (GABA)</i>		
<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 tablet delayed release</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	2	QL(270 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>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)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE	5	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<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</i>	3	
<i>lacosamide tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PEGANONE TABLET 250MG	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	
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 tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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 odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine titration</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	
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)
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>maprotiline hcl</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
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	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<i>Tricíclicos</i>		
<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		
<i>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</i>		
<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)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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>	2	
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	
<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	
VIIBRYD STARTER PACK	4	QL(60 EA por 365 días)
<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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron hydrochloride injection 4mg/2ml</i>	4	
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</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	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	3	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>casprofungin acetate injection 70mg</i>	4	
<i>casprofungin acetate injection 50mg</i>	5	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>clotrimazole cream</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in dextrose</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	
<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
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	5	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
FOTIVDA	5	PA NSO
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
QINLOCK	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); 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>Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco</i>		
DARZALEX FASPRO	5	PA NSO
KANJINTI	5	PA NSO
LOQTORZI	5	PA NSO
RUXIENCE	5	PA NSO
TEVIMBRA	5	PA NSO
TRAZIMERA	5	PA NSO
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
COLUMVI	5	PA NSO
EPKINLY	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); 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
KRAZATI	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
LONSURF	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYTGOBI	5	PA NSO
NINLARO	5	PA NSO
OGSIVEO	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
ORSERDU	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHEGO	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
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
SYNRIBO	5	
TAZVERIK	5	PA NSO
TRUSELTIQ	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
<i>Antineoplásicos</i>		
OPDUALAG	5	PA NSO
<i>Complementos del tratamiento</i>		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
<i>Inhibidores de la aromataasa, 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
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
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	5	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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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	
FRUZAQLA	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
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA	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
<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

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
LORBRENA	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	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
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
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP TABLET	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
VIZIMPRO	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
VOTRIENT	5	PA NSO
WELIREG	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	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
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotozoico		
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	
<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		

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
Primera generación/típico		
<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 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	4	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<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 odt tablet disintegrating 200mg</i>	5	QL(120 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)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>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(8 EA por 180 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)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	5	
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	
<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)

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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	5	
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
INVIRASE TABLET	5	
LEXIVA SUSPENSION	4	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET, SOLUTION	4	
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	
PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	4	
REYATAZ PACKET	5	
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT	5	
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	5	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	
SELZENTRY TABLET 75MG	5	
SUNLENCA	5	
TROGARZO	5	
TYBOST	4	
<i>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</i>		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION	5	
<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)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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 TABLET CHEWABLE 100MG	5	
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABLET 10MG	4	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	
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	
<i>efavirenz</i>	4	
<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>etravirine tablet 100mg</i>	4	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	
INTELENCE TABLET 25MG	4	
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	4	
PIFELTRO	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	4	
<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)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	2	
<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)
<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	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	3	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	4	
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	5	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIDEX EC CAPSULE DELAYED RELEASE 125MG	4	
VIDEX PEDIATRIC	4	
VIREAD POWDER	5	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	
<i>zidovudine</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	4	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	3	
<i>sps</i>	3	
VELTASSA	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<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 180mg</i>	2	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	4	PA
<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</i>	4	
VELPHORO	5	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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>Reemplazo de electrolitos/minerales</i>		
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>	3	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	3	
<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>	3	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	3	
<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	
<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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	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
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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
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
FARXIGA	3	
<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 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glipizide tablet 2.5mg</i>	2	
<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)
JARDIANCE	3	
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/1.5ML, 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	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	1	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
<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	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Última actualización: octubre 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
LEVEMIR FLEXTOUCH	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	
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	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA
ENDARI	5	PA
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
JAVYGTOR	5	PA
KANUMA	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
STRENSIQ	5	PA
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
VIMIZIM	5	PA
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 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
<i>abacavir</i>	74
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	74
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	74
ABELCET	62
ABILIFY MAINTENA	70
<i>abiraterone acetate</i>	64
ABRYSVO	41
<i>acamprosate calcium dr</i>	45
<i>acarbose</i>	78
ACCUTANE	25
<i>acebutolol hcl</i>	14
<i>acebutolol hydrochloride</i>	14
<i>acetaminophen/codeine</i>	51
<i>acetazolamide</i>	15
<i>acetazolamide er</i>	43
<i>acetic acid</i>	50
<i>acetic acid 0.25%</i>	29
<i>acitretin</i>	25
ACTHIB	41
ACTIMMUNE	38
<i>acyclovir</i>	26
<i>acyclovir</i>	73
<i>acyclovir sodium</i>	73
ADACEL	41
ADBRY	37
<i>adefovir dipivoxil</i>	75
ADEMPAS	46
ADTHYZA	35
ADVAIR HFA	45
<i>afirmelle</i>	30
AIMOVIG	12
AKEEGA	64
ALA-CORT	25
<i>albendazole</i>	69
<i>albuterol sulfate</i>	48
<i>albuterol sulfate er</i>	48
<i>albuterol sulfate hfa</i>	48
<i>alclometasone dipropionate</i>	25
ALCOHOL PREP PADS	49
ALDURAZYME	81

Nombre del medicamento	Página
ALECENSA	66
<i>alendronate sodium</i>	19
<i>alfuzosin hcl er</i>	28
ALINIA	69
<i>aliskiren</i>	15
<i>allopurinol</i>	19
<i>alose tron hydrochloride</i>	27
ALPHAGAN P	43
<i>alprazolam</i>	53
<i>altavera</i>	30
ALUNBRIG	66
<i>alyacen 1/35</i>	30
<i>alyacen 7/7/7</i>	30
<i>alyq</i>	46
<i>amabelz</i>	30
<i>amantadine hcl</i>	73
<i>ambrisentan</i>	46
<i>amethia</i>	30
<i>amethia lo</i>	30
<i>amethyst</i>	30
<i>amikacin sulfate</i>	53
<i>amiloride hcl</i>	18
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	15
AMINOSYN II	76
AMINOSYN-PF	76
<i>amiodarone hydrochloride</i>	16
<i>amitriptyline hcl</i>	60
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	60
<i>amlodipine besylate</i>	14
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	15
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	15
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	15
<i>ammonium lactate</i>	25
<i>amnestem</i>	25
<i>amoxapine</i>	60
<i>amoxicillin</i>	55
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	55
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	55
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	21
<i>amphotericin b</i>	62
<i>amphotericin b liposome</i>	62
<i>ampicillin</i>	55

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ampicillin sodium</i>	55	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	69
<i>ampicillin/sulbactam</i>	55	<i>atropine sulfate</i>	43
<i>ampicillin-sulbactam</i>	55	ATROVENT HFA	48
<i>anagrelide hydrochloride</i>	78	<i>aubra eq</i>	30
<i>anastrozole</i>	66	AUGMENTIN	55
ANORO ELLIPTA	45	AUGTYRO	49
<i>aprepitant</i>	61	<i>aurovela 1.5/30</i>	30
APTIOM	58	<i>aurovela 1/20</i>	30
APTIVUS	72	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	30
AREXVY	41	<i>aurovela fe 1/20</i>	30
<i>arformoterol tartrate</i>	48	AUSTEDO	23
<i>aripiprazole</i>	70	AUSTEDO XR	23
<i>aripiprazole odt</i>	70	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	23
ARISTADA	70	KIT	
ARISTADA INITIO	70	AUVELITY	59
<i>armodafinil</i>	23	<i>aviane</i>	30
ARMOUR THYROID	35	AVONEX	20
ARNUITY ELLIPTA	47	AVONEX PEN	20
ASCENIV	38	<i>ayuna</i>	30
<i>asenapine maleate sl</i>	71	AYVAKIT	66
<i>ashlyna</i>	30	<i>azathioprine</i>	39
ASMANEX HFA	47	<i>azelaic acid</i>	25
ASMANEX TWISTHALER 120	47	<i>azelastine hcl</i>	42
METERED DOSES		<i>azelastine hcl</i>	47
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	47	<i>azelastine hydrochloride</i>	47
DOSES		<i>azithromycin</i>	56
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	47	<i>aztreonam</i>	53
DOSES		<i>azurette</i>	30
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	47	<i>bacitracin</i>	44
DOSES		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	43
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED	47	<i>baclofen</i>	12
DOSES		BACTROBAN NASAL	26
<i>aspirin/dipyridamole</i>	77	BAFIERTAM	20
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	77	<i>balsalazide disodium</i>	19
ASTAGRAF XL	39	BALVERSA	66
<i>atazanavir</i>	72	<i>balziva</i>	30
<i>atazanavir sulfate</i>	72	BAQSIMI ONE PACK	80
<i>atenolol</i>	14	BAQSIMI TWO PACK	80
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	15	BARACLUDGE	75
<i>atomoxetine</i>	22	<i>bcg vaccine</i>	41
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	22	BD INSULIN SYRINGE	49
<i>atorvastatin calcium</i>	17	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atovaquone</i>	69		

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024
Última actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	49	BREZTRI AEROSPHERE	47
II/0.3ML/31G X 5/16"		<i>briellyn</i>	30
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	49	BRILINTA	77
FINE/0.5ML/30G X 12.7MM		BRIMONIDINE TARTRATE	43
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	49	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	43
FINE/1ML/31G X 8MM		<i>brinzolamide</i>	43
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	49	BRIVIACT	58
FINE/29G X 12.7MM		<i>bromfenac sodium</i>	44
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	49	<i>bromocriptine mesylate</i>	13
<i>6mm</i>		BRONCHITOL	45
<i>bekyree</i>	30	BRUKINSA	66
BELSOMRA	24	<i>budesonide</i>	19
<i>benazepril hcl</i>	18	<i>budesonide</i>	47
<i>benazepril hydrochloride</i>	18	<i>budesonide er</i>	19
<i>benazepril</i>	15	<i>bumetanide</i>	18
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>buprenorphine</i>	50
BENLYSTA	37	<i>buprenorphine hcl</i>	45
<i>benznidazole</i>	69	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	45
<i>benztropine mesylate</i>	13	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	45
BESIVANCE	44	<i>hydrochloride</i>	
BESREMI	64	<i>bupropion hcl</i>	59
<i>betaine anhydrous</i>	81	<i>bupropion hydrochloride</i>	59
<i>betamethasone dipropionate</i>	25	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	45
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	25	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	59
<i>betamethasone valerate</i>	25	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	59
BETASERON	20	<i>buspirone hcl</i>	52
<i>betaxolol hcl</i>	14	<i>buspirone hydrochloride</i>	52
<i>betaxolol hcl</i>	42	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	23
<i>bethanechol chloride</i>	29	BYDUREON BCISE	79
<i>bexarotene</i>	69	BYETTA	79
BEXSERO	41	CABENUVA	73
<i>bicalutamide</i>	64	<i>cabergoline</i>	36
BICILLIN L-A	55	CABLIVI	77
BIKTARVY	73	CABOMETYX	66
<i>bisoprolol fumarate</i>	14	<i>calcipotriene</i>	24
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	15	<i>calcitonin-salmon</i>	19
BIVIGAM	38	<i>calcitriol</i>	20
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	30	<i>calcium acetate</i>	75
<i>blisovi fe 1/20</i>	30	CALQUENCE	66
BOOSTRIX	41	<i>camila</i>	34
BOSULIF	66	<i>camrese</i>	30
BRAFTOVI	66	<i>camrese lo</i>	30
BREO ELLIPTA	45	<i>candesartan cilexetil</i>	16

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024
Última actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	15	<i>chlorothiazide</i>	18
CAPLYTA	71	<i>chlorpromazine hcl</i>	70
CAPRELSA	66	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	70
<i>captopril</i>	18	<i>chlorthalidone</i>	18
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	15	CHOLBAM	82
<i>carbamazepine</i>	58	<i>cholestyramine</i>	17
<i>carbamazepine er</i>	58	<i>cholestyramine light</i>	17
<i>carbidopa</i>	13	<i>ciclodan</i>	26
<i>carbidopa/levodopa</i>	13	<i>ciclopirox</i>	26
<i>carbidopa/levodopa er</i>	13	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	26
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	13	<i>ciclopirox olamine</i>	26
<i>carglumic acid</i>	76	<i>cidofovir</i>	72
<i>carteolol hcl</i>	43	<i>cilostazol</i>	77
<i>cartia xt</i>	14	CIMDUO	74
<i>carvedilol</i>	14	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	20
<i>caspofungin acetate</i>	62	CINRYZE	38
CAYSTON	46	CIPRO	56
<i>cefaclor</i>	54	<i>ciprofloxacin</i>	50
<i>cefadroxil</i>	54	<i>ciprofloxacin</i>	56
CEFAZOLIN	54	<i>ciprofloxacin hcl</i>	56
<i>cefazolin sodium</i>	54	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	44
<i>cefdinir</i>	54	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	56
<i>cefepime</i>	54	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	56
<i>cefepime hydrochloride</i>	54	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	50
<i>cefixime</i>	54	<i>cisplatin</i>	63
<i>cefotaxime sodium</i>	54	<i>citalopram hydrobromide</i>	60
<i>cefotetan</i>	54	<i>claravis</i>	25
<i>cefoxitin sodium</i>	54	<i>clarithromycin</i>	56
<i>cefpodoxime proxetil</i>	54	<i>clarithromycin er</i>	56
<i>cefprozil</i>	54	CLENPIQ	27
<i>ceftazidime</i>	55	CLIMARA PRO	30
<i>ceftazidime/dextrose</i>	54	<i>clindacin etz pledgets</i>	53
<i>ceftriaxone sodium</i>	55	<i>clindamycin hcl</i>	53
<i>cefuroxime axetil</i>	55	<i>clindamycin hydrochloride</i>	53
<i>cefuroxime sodium</i>	55	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	53
<i>celecoxib</i>	51	<i>clindamycin phosphate</i>	26
<i>cephalexin</i>	55	<i>clindamycin phosphate</i>	53
CERDELGA	81	<i>clobazam</i>	57
<i>chateal</i>	30	<i>clobetasol propionate</i>	25
<i>chateal eq</i>	30	<i>clobetasol propionate e</i>	25
CHEMET	75	<i>clomipramine hydrochloride</i>	60
<i>chlorhexidine gluconate</i>	24	<i>clonazepam</i>	57
<i>chloroquine phosphate</i>	69	<i>clonazepam odt</i>	57

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clonidine</i>	16	<i>cyclosporine</i>	43
<i>clonidine hydrochloride</i>	16	<i>cyclosporine modified</i>	39
<i>clopidogrel</i>	77	CYLTEZO	39
<i>clorazepate dipotassium</i>	53	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	39
<i>clotrimazole</i>	63	CROHNS DISEASE/UC/HS	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	24	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	39
CLOVIQUE	75	PSORIASIS	
<i>clozapine</i>	70	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	39
<i>clozapine odt</i>	70	PSORIASIS/UEVEITIS	
COARTEM	69	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	47
<i>colchicine</i>	19	CYSTAGON	82
<i>colesevelam hydrochloride</i>	17	CYSTARAN	43
<i>colestipol hcl</i>	17	<i>dalfampridine er</i>	20
<i>colistimethate sodium</i>	53	<i>danazol</i>	30
<i>colocort</i>	19	<i>dantrolene sodium</i>	12
COLUMVI	64	<i>dapsone</i>	62
COMBIGAN	43	DAPTACEL	41
COMBIVENT RESPIMAT	45	<i>daptomycin</i>	53
COMETRIQ	66	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	54
COMPLERA	74	<i>darunavir</i>	72
<i>compro</i>	62	DARZALEX FASPRO	64
<i>constulose</i>	27	<i>dasatinib</i>	67
COPIKTRA	66	<i>dasetta 1/35</i>	30
CORLANOR	15	<i>dasetta 7/7/7</i>	30
<i>cortisone acetate</i>	35	DAURISMO	67
COSENTYX	37	<i>daysee</i>	31
COSENTYX SENSOREADY PEN	37	<i>deblitane</i>	34
COSENTYX UNOREADY	37	<i>deferasirox</i>	75
COTELLIC	66	DELSTRIGO	74
CREON	82	<i>delyla</i>	31
<i>cromolyn sodium</i>	42	<i>demeclocycline hcl</i>	56
<i>cromolyn sodium</i>	49	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	56
<i>cromolyn sodium</i>	82	DENGVAXIA	41
<i>cryselle-28</i>	30	DEPO-PROVERA	34
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	49	DEPO-SUBQ PROVERA 104	34
CUTAQUIG	38	DESCOVY	74
CUVITRU	38	<i>desipramine hydrochloride</i>	60
<i>cyclafem 1/35</i>	30	<i>desmopressin acetate</i>	29
<i>cyclafem 7/7/7</i>	30	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	31
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	81	<i>desonide</i>	25
<i>cyclophosphamide</i>	63	<i>desoximetasone</i>	25
<i>cycloserine</i>	62	<i>desvenlafaxine er</i>	60
<i>cyclosporine</i>	39	<i>dexamethasone</i>	35

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	44	<i>disulfiram</i>	45
DEXILANT	28	<i>divalproex sodium</i>	57
<i>dexlansoprazole</i>	28	<i>divalproex sodium dr</i>	57
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	22	<i>divalproex sodium er</i>	57
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	22	<i>dofetilide</i>	16
<i>dextrose 5%</i>	76	<i>dolishale</i>	31
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	76	<i>donepezil hcl</i>	12
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	76	<i>donepezil hydrochloride</i>	12
DIACOMIT	57	DOPTELET	77
<i>diazepam</i>	53	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	43
<i>diazepam intensol</i>	53	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	43
<i>diazepam rectal gel</i>	57	DOTTI	31
<i>diazoxide</i>	80	DOVATO	73
<i>diclofenac potassium</i>	52	<i>doxazosin mesylate</i>	28
<i>diclofenac sodium</i>	24	<i>doxepin hcl</i>	60
<i>diclofenac sodium</i>	44	<i>doxepin hydrochloride</i>	60
<i>diclofenac sodium</i>	52	<i>doxy 100</i>	56
<i>diclofenac sodium dr</i>	52	<i>doxycycline</i>	57
<i>diclofenac sodium er</i>	52	<i>doxycycline hyclate</i>	24
<i>dicloxacillin sodium</i>	55	<i>doxycycline hyclate</i>	56
<i>dicyclomine hcl</i>	28	<i>doxycycline monohydrate</i>	57
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	28	<i>d-penamamine</i>	29
DIFICID	56	DRIZALMA SPRINKLE	60
<i>diflunisal</i>	52	<i>dronabinol</i>	61
<i>digitek</i>	16	DROXIA	64
<i>digox</i>	16	<i>droxidopa</i>	16
<i>digoxin</i>	16	DULERA	45
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	12	<i>duloxetine hydrochloride</i>	61
DILANTIN	58	DUPIXENT	37
<i>diltiazem hcl</i>	15	<i>dutasteride</i>	28
<i>diltiazem hcl cd</i>	14	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	28
<i>diltiazem hcl er</i>	14	EASY COMFORT INSULIN	49
<i>diltiazem hydrochloride</i>	15	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	15	<i>ec-naproxen</i>	52
<i>dilt-xr</i>	14	<i>econazole nitrate</i>	63
<i>dimethyl fumarate</i>	20	EDARBI	16
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	20	EDARBYCLOR	15
<i>diphenhydramine hcl</i>	47	EDURANT	74
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	47	<i>efavirenz</i>	74
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	27	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	74
<i>sulfate</i>		<i>fumarate</i>	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	41	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil</i>	74
<i>pediatric</i>		<i>fumarate</i>	

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>effe-r-k</i>	76	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	12
ELAPRASE	82	ERIVEDGE	67
<i>elinest</i>	31	ERLEADA	64
ELIQUIS	77	<i>erlotinib hydrochloride</i>	67
ELIQUIS STARTER PACK	77	<i>errin</i>	34
ELLA	49	<i>ertapenem</i>	55
ELMIRON	29	<i>ertapenem sodium</i>	55
<i>eluryng</i>	31	<i>ery</i>	26
EMCYT	64	<i>erythromycin</i>	26
EMGALITY	13	<i>erythromycin</i>	44
EMPAVELI	37	<i>erythromycin dr</i>	56
EMSAM	60	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	56
<i>emtricitabine</i>	74	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	25
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	74	<i>escitalopram oxalate</i>	61
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	74	<i>esomeprazole magnesium</i>	28
EMTRIVA	74	<i>estarylla</i>	31
<i>emzahh</i>	34	<i>estradiol</i>	31
<i>enalapril maleate</i>	18	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	31
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	15	ESTRING	31
ENBREL	39	<i>eszopiclone</i>	24
ENBREL MINI	39	<i>ethambutol hydrochloride</i>	62
ENBREL SURECLICK	39	<i>ethosuximide</i>	58
ENDARI	82	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	31
<i>endocet</i>	51	<i>etodolac</i>	52
ENGERIX-B	41	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	31
<i>enilloring</i>	31	<i>etravirine</i>	74
ENJAYMO	37	EUCRISA	25
<i>enoxaparin sodium</i>	77	EUTHYROX	35
<i>enpresse-28</i>	31	<i>everolimus</i>	39
<i>entacapone</i>	13	<i>everolimus</i>	67
<i>entecavir</i>	75	EVOTAZ	72
ENTRESTO	15	EVRYSDI	82
<i>enulose</i>	27	<i>exemestane</i>	66
ENVARUSUS XR	39	EXKIVITY	67
EPIDIOLEX	58	<i>ezetimibe</i>	17
<i>epinephrine</i>	15	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	17
<i>epinephrine</i>	48	FABRAZYME	82
<i>epitol</i>	58	<i>falmina</i>	31
EPKINLY	64	<i>famciclovir</i>	73
<i>eplerenone</i>	18	<i>famotidine</i>	28
<i>epoprostenol sodium</i>	46	FANAPT	71
EPRONTIA	58	FANAPT TITRATION PACK	71
<i>ergoloid mesylates</i>	12	FARXIGA	79

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
FARYDAK	67	<i>fluticasone propionate</i>	47
FASENRA	46	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	46
FASENRA PEN	45	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	46
<i>fayosim</i>	31	<i>fluvastatin</i>	17
<i>febuxostat</i>	19	<i>fluvastatin sodium er</i>	17
<i>felbamate</i>	58	<i>fluvoxamine maleate</i>	61
<i>felodipine er</i>	14	<i>fondaparinux sodium</i>	77
<i>femynor</i>	31	<i>formoterol fumarate</i>	48
<i>fenofibrate</i>	17	FORTEO	20
<i>fenofibrate micronized</i>	17	<i>fosamprenavir calcium</i>	72
<i>fenofibric acid dr</i>	17	<i>fosinopril sodium</i>	18
<i>fentanyl</i>	50	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	15
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	51	FOTIVDA	63
FETZIMA	61	FRAGMIN	77
FETZIMA TITRATION PACK	61	FRUZAQLA	67
FINACEA	25	<i>furosemide</i>	18
<i>finasteride</i>	28	FUZEON	72
<i> fingolimod hydrochloride</i>	20	FYAVOLV	31
FINTEPLA	58	FYCOMPA	58
FIRMAGON	36	<i>gabapentin</i>	57
FLAREX	44	<i>galantamine hydrobromide</i>	12
<i>flecainide acetate</i>	17	<i>galantamine hydrobromide er</i>	12
<i>fluconazole</i>	63	<i>gallifrey</i>	34
<i>fluconazole in dextrose</i>	63	GAMASTAN	38
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	63	GAMMAKED	39
<i>flucytosine</i>	63	GAMUNEX-C	39
<i>fludrocortisone acetate</i>	35	<i>ganciclovir</i>	72
<i>flunisolide</i>	47	GARDASIL 9	41
<i>fluocinolone acetonide</i>	26	<i>gatifloxacin</i>	44
<i>fluocinolone acetonide body</i>	26	<i>gavilyte-c</i>	27
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	26	<i>gavilyte-g</i>	27
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	26	<i>gavilyte-h</i>	27
<i>fluocinonide</i>	26	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	27
<i>fluorometholone</i>	44	GAVRETO	64
<i>fluorouracil</i>	24	<i>gefitinib</i>	67
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	61	GELNIQUE PUMP	29
<i>fluphenazine decanoate</i>	70	<i>gemfibrozil</i>	17
<i>fluphenazine hcl</i>	70	GEMTESA	29
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	70	<i>generlac</i>	27
<i>flurbiprofen</i>	52	<i>gengraf</i>	39
<i>flurbiprofen sodium</i>	44	GENOTROPIN	29
<i>flutamide</i>	64	GENOTROPIN MINIQUICK	29
<i>fluticasone propionate</i>	26	<i>gentak</i>	44

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>gentamicin sulfate</i>	44	HIZENTRA	39
<i>gentamicin sulfate</i>	53	HUMALOG	80
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	53	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	80
GENVOYA	73	HUMALOG KWIKPEN	80
GILOTRIF	67	HUMALOG MIX 50/50	80
<i>glatiramer acetate</i>	20	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	80
GLEOSTINE	63	HUMALOG MIX 75/25	80
<i>glimepiride</i>	79	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	80
<i>glipizide</i>	79	HUMATIN	53
<i>glipizide er</i>	79	HUMIRA	40
<i>glipizide xl</i>	79	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	39
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	79	DISEASE STARTER PACK	
GLUCAGEN HYPOKIT	80	HUMIRA PEN	40
<i>glucagon emergency kit</i>	80	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	40
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	80	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	40
LOW BLOOD SUGAR		STARTER PACK	
<i>glyburide</i>	79	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	40
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	79	HUMULIN 70/30	80
<i>glycopyrrolate</i>	28	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	80
GLYXAMBI	79	HUMULIN N	80
<i>griseofulvin microsize</i>	63	HUMULIN N KWIKPEN	80
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	63	HUMULIN R	80
<i>guanfacine hydrochloride</i>	16	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	80
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	22	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	80
GUANIDINE HCL	13	<i>hydralazine hcl</i>	19
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	80	<i>hydralazine hydrochloride</i>	19
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	80	<i>hydrochlorothiazide</i>	18
GVOKE KIT	80	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	51
GVOKE PFS	80	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	51
<i>hailey 1.5/30</i>	31	<i>hydrocortisone</i>	19
<i>hailey fe 1.5/30</i>	31	<i>hydrocortisone</i>	26
<i>hailey fe 1/20</i>	31	<i>hydrocortisone</i>	35
<i>halobetasol propionate</i>	26	<i>hydrocortisone valerate</i>	26
<i>haloette</i>	31	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	50
<i>haloperidol</i>	70	<i>hydromorphone hcl</i>	51
<i>haloperidol decanoate</i>	70	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	51
<i>haloperidol lactate</i>	70	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	51
HAVRIX	41	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	69
<i>heather</i>	34	<i>hydroxyurea</i>	64
HEPAGAM B	39	<i>hydroxyzine hcl</i>	47
<i>heparin sodium</i>	78	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	47
HEPLISAV-B	41	<i>hydroxyzine pamoate</i>	53
HIBERIX	41	HYPHERHEP B	39

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ibandronate sodium</i>	20	IPOL INACTIVATED IPV	41
IBRANCE	64	<i>ipratropium bromide</i>	48
IBRANCE	67	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	46
<i>ibu</i>	52	<i>irbesartan</i>	16
<i>ibuprofen</i>	52	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	15
<i>icatibant acetate</i>	38	ISENTRESS	73
<i>iclevia</i>	31	ISENTRESS HD	73
ICLUSIG	67	ISONIAZID	62
<i>icosapent ethyl</i>	17	<i>isosorbide dinitrate</i>	18
IDHIFA	65	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	15
IGALMI	49	<i>hydrochloride</i>	
ILARIS	37	<i>isosorbide mononitrate</i>	18
ILEVRO	44	<i>isosorbide mononitrate er</i>	18
<i>imatinib mesylate</i>	67	<i>isotretinoin</i>	25
IMBRUVICA	67	<i>isradipine</i>	14
<i>imipenem/cilastatin</i>	56	ISTURISA	37
<i>imipramine hcl</i>	60	<i>itraconazole</i>	63
<i>imipramine hydrochloride</i>	60	<i>ivabradine hydrochloride</i>	15
<i>imiquimod</i>	24	<i>ivermectin</i>	69
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	41	IWILFIN	65
IMPAVIDO	54	IXCHIQ	41
INBRIJA	13	IXIARO	41
<i>incassia</i>	34	<i>jaimiess</i>	31
INCRELEX	29	JAKAFI	67
INCRUSE ELLIPTA	48	<i>jantoven</i>	78
<i>indapamide</i>	18	JANUMET	79
<i>indomethacin</i>	52	JANUMET XR	79
<i>indomethacin er</i>	52	JANUVIA	79
INFANRIX	41	JARDIANCE	79
INFLECTRA	40	JAVYGTOR	82
INFLIXIMAB	40	JAYPIRCA	67
INGREZZA	23	<i>jencycla</i>	34
INLYTA	67	JENTADUETO	79
INQOVI	67	JENTADUETO XR	79
INREBIC	65	<i>jinteli</i>	31
<i>insulin lispro</i>	80	<i>jolessa</i>	31
INTELENCE	74	<i>jolivette</i>	34
INTRON A	38	JUBLIA	63
<i>introvale</i>	31	JULUCA	74
INVEGA HAFYERA	71	<i>junel 1.5/30</i>	31
INVEGA SUSTENNA	71	<i>junel 1/20</i>	31
INVEGA TRINZA	71	<i>junel fe 1.5/30</i>	31
INVIRASE	72	<i>junel fe 1/20</i>	31

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
JYLAMVO	40	<i>lamivudine</i>	74
JYNNEOS	41	<i>lamivudine</i>	75
KALYDECO	46	<i>lamivudine/zidovudine</i>	74
KANJINTI	64	<i>lamotrigine</i>	59
KANUMA	82	<i>lamotrigine er</i>	58
<i>kariva</i>	31	<i>lamotrigine odt</i>	59
<i>kelnor 1/35</i>	31	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	59
<i>kelnor 1/50</i>	31	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	59
KEPIVANCE	24	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	59
KERENDIA	16	<i>lamotrigine titration</i>	59
KESIMPTA	20	LANREOTIDE ACETATE	36
<i>ketoconazole</i>	63	<i>lansoprazole</i>	28
<i>ketorolac tromethamine</i>	44	LANTUS	80
<i>ketorolac tromethamine</i>	52	LANTUS SOLOSTAR	80
<i>kimidess</i>	31	<i>lapatinib ditosylate</i>	67
KINERET	37	<i>larin 1.5/30</i>	32
KINRIX	41	<i>larin 1/20</i>	32
<i>kionex</i>	75	<i>larin fe 1.5/30</i>	32
KISQALI	67	<i>larin fe 1/20</i>	32
KISQALI FEMARA 200 DOSE	65	<i>larissia</i>	32
KISQALI FEMARA 400 DOSE	65	<i>latanoprost</i>	44
KISQALI FEMARA 600 DOSE	65	LAZCLUZE	65
<i>klayesta</i>	63	<i>leflunomide</i>	40
KLISYRI	24	<i>lenalidomide</i>	63
<i>klor-con</i>	76	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con 10</i>	76	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con 8</i>	76	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con m10</i>	76	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con m15</i>	76	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con m20</i>	76	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con sprinkle</i>	76	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	67
<i>klor-con/ef</i>	76	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	67
KORLYM	34	<i>lessina</i>	32
KOSELUGO	67	<i>letrozole</i>	66
<i>kourzeq</i>	24	<i>leucovorin calcium</i>	66
KRAZATI	65	LEUKERAN	63
<i>kurvelo</i>	31	<i>leuprolide acetate</i>	36
KYNMOBI	13	<i>levalbuterol</i>	49
KYNMOBI TITRATION KIT	13	<i>levalbuterol hcl</i>	48
<i>labetalol hydrochloride</i>	14	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	48
<i>lacosamide</i>	58	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	48
<i>lactulose</i>	27	LEVEMIR	80
LAGEVRIO	49	LEVEMIR FLEXPEN	80

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LEVEMIR FLEXTOUCH	81	<i>lorazepam</i>	53
<i>levetiracetam</i>	59	<i>lorazepam intensol</i>	53
<i>levetiracetam er</i>	59	LORBRENA	68
<i>levobunolol hcl</i>	43	<i>lorcet</i>	51
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	47	<i>lorcet hd</i>	51
<i>levofloxacin</i>	44	<i>lorcet plus</i>	51
<i>levofloxacin</i>	56	<i>losartan potassium</i>	16
<i>levofloxacin in d5w</i>	56	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	16
<i>levonest</i>	32	LOTEMAX SM	44
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	32	<i>lovastatin</i>	17
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	32	<i>low-ogestrel</i>	32
<i>levora 0.15/30-28</i>	32	<i>loxapine</i>	70
LEVO-T	35	<i>lubiprostone</i>	27
<i>levothyroxine sodium</i>	35	LUMAKRAS	65
LEVOXYL	35	LUMIGAN	44
LEXIVA	72	LUMIZYME	82
<i>l-glutamine</i>	82	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	36
LIBERVANT	57	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	36
<i>lidocaine</i>	52	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	36
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	24	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	36
<i>lidocaine viscous</i>	24	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	36
<i>lidocaine/prilocaine</i>	52	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	36
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	52	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	29
<i>lillow</i>	32	<i>lurasidone hydrochloride</i>	71
<i>linezolid</i>	54	<i>luteira</i>	32
LINZESS	27	LYBALVI	71
<i>liothyronine sodium</i>	35	<i>lyleq</i>	34
<i>lisinopril</i>	18	<i>lyllana</i>	32
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	16	LYNPARZA	68
<i>lithium</i>	44	LYSODREN	37
<i>lithium carbonate</i>	45	LYTGOBI	65
<i>lithium carbonate er</i>	44	LYUMJEV	81
LIVALO	17	LYUMJEV KWIKPEN	81
LIVMARLI	49	<i>lyza</i>	34
LIVTENCITY	73	<i>magnesium sulfate</i>	76
<i>lojaimiess</i>	32	<i>malathion</i>	27
LOKELMA	75	<i>maprotiline hcl</i>	59
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	48	<i>maraviroc</i>	72
LONSURF	65	<i>marlissa</i>	32
<i>loperamide hcl</i>	27	MARPLAN	60
<i>lopinavir/ritonavir</i>	72	MATULANE	63
<i>lopreeza</i>	32	<i>matzim la</i>	15
LOQTORZI	64	MAVYRET	73

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MAYZENT	21	<i>metoprolol tartrate</i>	14
MAYZENT STARTER PACK	20	<i>metronidazole</i>	25
<i>meclizine hcl</i>	62	<i>metronidazole</i>	54
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	34	<i>metronidazole vaginal</i>	54
<i>mefloquine hcl</i>	69	<i>metryrosine</i>	16
<i>megestrol acetate</i>	34	<i>mexiletine hcl</i>	17
MEKINIST	68	<i>microgestin 1.5/30</i>	32
MEKTOVI	68	<i>microgestin 1/20</i>	32
<i>meloxicam</i>	52	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	32
<i>memantine hcl titration pak</i>	12	<i>microgestin fe 1/20</i>	32
<i>memantine hydrochloride</i>	12	<i>midodrine hcl</i>	16
<i>memantine hydrochloride er</i>	12	<i>mifepristone</i>	34
MENACTRA	41	<i>miglustat</i>	82
MENEST	32	<i>mili</i>	32
MENQUADFI	41	<i>mimvey</i>	32
MENVEO	41	<i>mimvey lo</i>	32
<i>mercaptapurine</i>	64	<i>minocycline hcl</i>	57
<i>meropenem</i>	56	<i>minocycline hydrochloride</i>	57
<i>mesalamine</i>	19	<i>minoxidil</i>	19
<i>mesalamine dr</i>	19	<i>mirtazapine</i>	59
<i>mesalamine er</i>	19	<i>mirtazapine odt</i>	59
MESNEX	66	<i>misoprostol</i>	28
<i>metformin hydrochloride</i>	79	M-M-R II	41
<i>metformin hydrochloride er</i>	79	<i>modafinil</i>	23
<i>methadone hcl</i>	50	<i>moexipril hcl</i>	18
<i>methadone hydrochloride</i>	51	<i>molindone hydrochloride</i>	70
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	50	<i>mometasone furoate</i>	26
<i>methazolamide</i>	43	<i>mometasone furoate</i>	47
<i>methenamine hippurate</i>	54	<i>mondoxyne nl</i>	57
<i>methimazole</i>	37	<i>mono-lynyah</i>	32
<i>methocarbamol</i>	81	<i>mononessa</i>	32
<i>methotrexate</i>	40	<i>montelukast sodium</i>	47
<i>methotrexate sodium</i>	40	<i>morgidox 1x100mg</i>	57
<i>methsuximide</i>	58	<i>morgidox 2x100mg</i>	57
<i>methyl dopa</i>	16	<i>morphine sulfate</i>	51
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	22	<i>morphine sulfate er</i>	51
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	22	MOTEGRITY	27
<i>methylprednisolone</i>	35	MOUNJARO	79
<i>methylprednisolone dose pack</i>	35	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	56
<i>metoclopramide hcl</i>	27	<i>hydrochloride</i>	
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	27	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	44
<i>metolazone</i>	18	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	56
<i>metoprolol succinate er</i>	14	MRESVIA	41

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MULTAQ	17	<i>nevirapine er</i>	74
<i>mupirocin</i>	27	NEXLETOL	17
<i>mycophenolate mofetil</i>	40	NEXLIZET	18
<i>mycophenolic acid dr</i>	40	<i>niacin er</i>	18
<i>myorisan</i>	25	NICOTROL NS	45
MYRBETRIQ	29	<i>nifedipine er</i>	14
NABI-HB	39	<i>nilutamide</i>	64
<i>nabumetone</i>	52	<i>nimodipine</i>	14
<i>nadolol</i>	14	NINLARO	65
<i>nafcillin sodium</i>	55	<i>nitazoxanide</i>	69
NAGLAZYME	82	<i>nitisinone</i>	82
<i>naloxone hcl</i>	45	NITRO-BID	19
<i>naloxone hydrochloride</i>	45	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	54
<i>naltrexone hcl</i>	45	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	54
NAMZARIC	12	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	54
<i>naproxen</i>	52	<i>nitroglycerin</i>	19
<i>naproxen dr</i>	52	<i>nitroglycerin</i>	27
<i>naproxen sodium</i>	52	<i>nitroglycerin transdermal</i>	19
<i>naratriptan hcl</i>	12	NIVA THYROID	35
NATACYN	44	<i>nizatidine</i>	28
<i>nateglinide</i>	79	<i>nora-be</i>	34
NAYZILAM	59	<i>norethindrone</i>	34
<i>nebivolol</i>	14	<i>norethindrone acetate</i>	34
<i>nebivolol hydrochloride</i>	14	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	32
<i>necon 0.5/35-28</i>	32	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	32
<i>necon 7/7/7</i>	32	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	61	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	32
<i>neomycin sulfate</i>	53	<i>norlyda</i>	34
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	43	<i>norlyroc</i>	34
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	43	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	32
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	43	<i>nortrel 1/35</i>	33
<i>one</i>		<i>nortrel 7/7/7</i>	33
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	43	<i>nortriptyline hcl</i>	60
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	43	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	60
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	50	NORVIR	72
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	50	NOVOLIN 70/30	81
<i>neo-polycin</i>	43	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	81
<i>neo-polycin hc</i>	43	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	81
NERLYNX	68	NOVOLIN 70/30 RELION	81
NEULASTA	78	NOVOLIN N	81
NEULASTA ONPRO KIT	78	NOVOLIN N FLEXPEN	81
NEUPRO	13	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	81
<i>nevirapine</i>	74	NOVOLIN N RELION	81

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024
Última actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLIN R	81	OGSIVEO	65
NOVOLIN R FLEXPEN	81	OJEMDA	68
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	81	OJJAARA	68
NOVOLIN R RELION	81	<i>olanzapine</i>	71
NOVOLOG	81	<i>olanzapine odt</i>	71
NOVOLOG FLEXPEN	81	<i>olmesartan medoxomil</i>	16
NOVOLOG FLEXPEN RELION	81	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	16
NOVOLOG MIX 70/30	81	<i>olopatadine hcl</i>	42
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	81	<i>olopatadine hydrochloride</i>	42
FLEXPEN		<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	18
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	81	<i>omeprazole</i>	28
FLEXPEN RELION		<i>omeprazole dr</i>	28
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	81	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT	49
NOVOLOG PENFILL	81	(GEN 5)	
NOVOLOG RELION	81	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	49
<i>np thyroid 120</i>	35	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	49
<i>np thyroid 15</i>	35	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	49
<i>np thyroid 30</i>	35	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	49
<i>np thyroid 60</i>	35	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	49
<i>np thyroid 90</i>	35	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	50
NUBEQA	64	KIT (GEN 3)	
NUCALA	46	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	50
NUEDEXTA	23	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	50
NUPLAZID	71	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	50
NURTEC	13	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	50
NUTRILIPID	49	<i>ondansetron hcl</i>	61
<i>nyamyc</i>	63	<i>ondansetron hydrochloride</i>	62
<i>nylia 1/35</i>	33	<i>ondansetron odt</i>	62
<i>nylia 7/7/7</i>	33	ONUREG	65
NYMALIZE	14	OPDUALAG	66
<i>nymyo</i>	33	OPSUMIT	46
<i>nystatin</i>	63	<i>oralone dental paste</i>	24
<i>nystatin/triamcinolone</i>	24	ORENCIA	37
<i>nystatin/triamcinolone acetamide</i>	24	ORENCIA	40
<i>nystop</i>	63	ORENCIA CLICKJECT	37
OCREVUS	21	ORENITRAM	47
OCREVUS ZUNOVO	21	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	46
<i>octreotide acetate</i>	36	1	
ODEFSEY	75	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	47
ODOMZO	68	2	
OFEV	46	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	47
<i>ofloxacin</i>	44	3	
<i>ofloxacin</i>	50	ORGOVYX	36

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ORKAMBI	46	<i>penicillin g sodium</i>	55
<i>orphenadrine citrate er</i>	81	<i>penicillin v potassium</i>	55
ORSERDU	65	PENTACEL	42
<i>orsythia</i>	33	<i>pentamidine isethionate</i>	69
<i>oseltamivir phosphate</i>	73	<i>pentoxifylline er</i>	16
OSMOLEX ER	13	<i>perindopril erbumine</i>	18
OSPHENA	29	<i>permethrin</i>	27
OTEZLA	24	<i>perphenazine</i>	70
OTEZLA	38	PERSERIS	71
<i>oxacillin sodium</i>	55	<i>phenadoz</i>	62
<i>oxaprozin</i>	52	<i>phenelzine sulfate</i>	60
OXBRYTA	78	<i>phenobarbital</i>	57
<i>oxcarbazepine</i>	58	PHENYTEK	58
OXLUMO	50	<i>phenytoin</i>	58
<i>oxybutynin chloride</i>	29	<i>phenytoin infatabs</i>	58
<i>oxybutynin chloride er</i>	29	<i>phenytoin sodium extended</i>	58
<i>oxycodone hydrochloride</i>	51	PHESGO	65
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	51	<i>philith</i>	33
OZEMPIC	79	PIFELTRO	74
PACERONE	17	<i>pilocarpine hcl</i>	43
<i>paliperidone er</i>	71	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	24
PANRETIN	69	<i>pimozide</i>	70
<i>pantoprazole sodium</i>	28	<i>pimtrea</i>	33
PANZYGA	39	<i>pindolol</i>	14
<i>paricalcitol</i>	20	<i>pioglitazone hcl</i>	79
<i>paroex</i>	24	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	79
<i>paromomycin sulfate</i>	53	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	79
<i>paroxetine hcl</i>	61	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	55
<i>paroxetine hydrochloride</i>	61	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	68
PASER	62	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	68
PAXLOVID	50	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	68
<i>pazopanib hydrochloride</i>	68	<i>pirfenidone</i>	46
PEDIARIX	42	<i>pirmella 1/35</i>	33
PEDVAX HIB	42	<i>pirmella 7/7/7</i>	33
<i>peg 3350/electrolytes</i>	27	<i>piroxicam</i>	52
<i>peg-3350/electrolytes</i>	28	<i>pitavastatin calcium</i>	17
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	28	PLENAMINE	77
PEGANONE	58	<i>podofilox</i>	24
PEGASYS	38	<i>polycin</i>	43
<i>pegylax</i>	27	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	43
PEMAZYRE	65	POMALYST	63
PENBRAYA	42	<i>portia-28</i>	33
<i>penicillamine</i>	29	<i>posaconazole</i>	63

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>posaconazole dr</i>	63	PROGRAF	40
<i>potassium chloride</i>	77	PROLASTIN-C	82
<i>potassium chloride er</i>	77	PROLENSA	44
<i>potassium chloride sr</i>	77	PROLIA	20
<i>potassium citrate er</i>	77	PROMACTA	78
PRALUENT	18	<i>promethazine hcl</i>	62
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	13	<i>promethazine hydrochloride</i>	62
<i>prasugrel hydrochloride</i>	77	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	62
<i>pravastatin sodium</i>	17	<i>promethegan</i>	62
<i>praziquantel</i>	69	<i>propafenone hcl</i>	17
<i>prazosin hydrochloride</i>	14	<i>propafenone hydrochloride</i>	17
<i>prednisolone</i>	35	<i>propafenone hydrochloride er</i>	17
<i>prednisolone acetate</i>	44	<i>propranolol hcl</i>	14
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	35	<i>propranolol hcl er</i>	14
<i>prednisone</i>	35	<i>propranolol hydrochloride</i>	14
<i>pregabalin</i>	21	<i>propranolol hydrochloride er</i>	14
PREHEVBRIO	42	<i>propylthiouracil</i>	37
PREMARIN	33	PROQUAD	42
<i>premium lidocaine</i>	52	<i>protriptyline hcl</i>	60
PREMPHASE	33	PULMOZYME	46
PREMPRO	33	PURIXAN	64
<i>prenatal</i>	77	<i>pyrazinamide</i>	62
<i>prevalite</i>	18	<i>pyridostigmine bromide</i>	13
<i>previfem</i>	33	<i>pyrimethamine</i>	69
PREVYMIS	73	PYRUKYND	78
PREZCOBIX	72	PYRUKYND TAPER PACK	78
PREZISTA	72	QINLOCK	64
PRIFTIN	62	QUADRACEL	42
<i>primaquine phosphate</i>	69	<i>quetiapine fumarate</i>	71
<i>primidone</i>	57	<i>quetiapine fumarate er</i>	71
PRIORIX	42	<i>quinapril hydrochloride</i>	18
PRIVIGEN	39	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	16
PROAIR RESPICLICK	49	<i>quinidine sulfate</i>	17
<i>probenecid</i>	19	<i>quinine sulfate</i>	69
<i>probenecid/colchicine</i>	19	QULIPTA	13
<i>prochlorperazine</i>	62	QVAR REDIHALER	47
<i>prochlorperazine edisylate</i>	62	RABAVERT	42
<i>prochlorperazine maleate</i>	62	<i>rabeprazole sodium</i>	28
PROCRIT	78	<i>raloxifene hydrochloride</i>	29
<i>procto-med hc</i>	19	<i>ramelteon</i>	24
<i>proctosol hc</i>	19	<i>ramipril</i>	18
<i>proctozone-hc</i>	19	<i>ranolazine er</i>	16
<i>progesterone</i>	34	<i>rasagiline mesylate</i>	13

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
RAYALDEE	20	<i>rivelsa</i>	33
REBETOL	73	<i>rizatriptan benzoate</i>	12
REBIF	21	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	12
REBIF REBIDOSE	21	ROCKLATAN	43
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	21	<i>roflumilast</i>	49
REBIF TITRATION PACK	21	ROLVEDON	78
RECOMBIVAX HB	42	<i>ropinirole er</i>	13
RECTIV	28	<i>ropinirole hcl</i>	13
RELENZA DISKHALER	73	<i>ropinirole hydrochloride</i>	13
RELISTOR	27	<i>rosadan</i>	25
REMICADE	40	<i>rosuvastatin calcium</i>	17
RENFLEXIS	40	ROTARIX	42
<i>repaglinide</i>	79	ROTATEQ	42
REPATHA	18	<i>roweepra</i>	59
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	18	<i>roweepra xr</i>	59
REPATHA SURECLICK	18	ROZLYTREK	68
RESTASIS	43	RUBRACA	68
RESTASIS MULTIDOSE	43	<i>rufinamide</i>	58
RETACRIT	78	RUKOBIA	72
RETEVMO	65	RUXIENCE	64
RETROVIR IV INFUSION	75	RYBELSUS	79
REVCOVI	82	RYDAPT	68
REVLIMID	64	RYTARY	14
REXULTI	71	<i>sajazir</i>	38
REYATAZ	72	SANDIMMUNE	40
REZLIDHIA	68	SANTYL	24
REZUROCK	40	SAPHNELO	38
RHOPRESSA	43	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	82
<i>ribavirin</i>	73	SAVELLA	21
<i>rifabutin</i>	62	SAVELLA TITRATION PACK	21
<i>rifampin</i>	62	SCEMBLIX	65
<i>riluzole</i>	23	<i>scopolamine</i>	62
RINVOQ	38	SECUADO	72
RINVOQ LQ	38	<i>selegiline hcl</i>	13
<i>risedronate sodium</i>	20	<i>selenium sulfide</i>	26
<i>risedronate sodium dr</i>	20	SELZENTRY	72
RISPERDAL CONSTA	71	SEREVENT DISKUS	49
<i>risperidone</i>	71	<i>sertraline hcl</i>	61
<i>risperidone er</i>	71	<i>sertraline hydrochloride</i>	61
<i>risperidone odt</i>	71	<i>setlakin</i>	33
<i>ritonavir</i>	72	<i>sevelamer carbonate</i>	75
<i>rivastigmine tartrate</i>	12	SFROWASA	19
<i>rivastigmine transdermal system</i>	12	<i>sharobel</i>	34

ID de formulario: 24079, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024
Última actualización: octubre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SHINGRIX	42	<i>sprintec 28</i>	33
SIGNIFOR	36	SPRITAM	59
SIGNIFOR LAR	36	SPRYCEL	68
<i>sildenafil citrate</i>	47	<i>sps</i>	75
<i>silodosin</i>	29	<i>sronyx</i>	33
<i>silver sulfadiazine</i>	24	<i>ssd</i>	25
SIMBRINZA	43	STAMARIL	42
<i>simliya</i>	33	<i>stavudine</i>	75
<i>simpesse</i>	33	STELARA	38
<i>simvastatin</i>	17	STIOLTO RESPIMAT	46
<i>sirolimus</i>	41	STIVARGA	68
SIRTURO	62	STRENSIQ	82
SKYCLARYS	50	<i>streptomycin sulfate</i>	53
SKYRIZI	38	STRIBILD	74
SKYRIZI PEN	38	<i>subvenite</i>	59
<i>sodium chloride</i>	77	<i>subvenite starter kit/blue</i>	59
<i>sodium chloride 0.45%</i>	77	<i>subvenite starter kit/green</i>	59
<i>sodium chloride 0.9%</i>	50	<i>subvenite starter kit/orange</i>	59
<i>sodium oxybate</i>	23	SUCRAID	82
<i>sodium phenylbutyrate</i>	82	<i>sucrafate</i>	28
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	75	<i>sulfacetamide sodium</i>	44
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	28	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	43
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	73	<i>sulfadiazine</i>	56
<i>solifenacin succinate</i>	29	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	56
SOLQUA 100/33	79	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	56
SOLTAMOX	64	<i>sulfasalazine</i>	19
SOMATULINE DEPOT	36	<i>sulindac</i>	52
SOMAVERT	36	<i>sumatriptan</i>	12
<i>sorafenib</i>	68	<i>sumatriptan succinate</i>	12
<i>sorafenib tosylate</i>	68	<i>sunitinib malate</i>	68
<i>sorine</i>	17	SUNLENCA	72
<i>sotalol hcl</i>	17	SUTAB	28
<i>sotalol hydrochloride</i>	17	SYMPAZAN	57
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	17	SYMTUZA	72
SOTYKTU	24	SYNAGIS	39
SPEVIGO	26	SYNJARDY	80
SPIRIVA HANDIHALER	48	SYNJARDY XR	80
SPIRIVA RESPIMAT	48	SYNRIBO	65
<i>spironolactone</i>	18	SYNTHROID	35
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	16	TABLOID	64
SPRAVATO 56MG DOSE	60	TABRECTA	64
SPRAVATO 84MG DOSE	60	<i>tacrolimus</i>	26

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tacrolimus</i>	41	THYROID	35
<i>tadalafil</i>	29	THYROLAR-1	35
<i>tadalafil</i>	47	THYROLAR-1/2	35
TAFINLAR	68	THYROLAR-1/4	36
TAGRISSE	68	THYROLAR-2	36
TALZENNA	68	THYROLAR-3	36
<i>tamoxifen citrate</i>	64	<i>tiadylt er</i>	15
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	29	<i>tiagabine hydrochloride</i>	57
<i>tarina fe 1/20</i>	33	TIBSOVO	68
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	33	TICOVAC	42
TASIGNA	68	<i>timolol maleate</i>	43
<i>tazarotene</i>	25	<i>tinidazole</i>	54
TAZICEF	55	<i>tiotropium bromide</i>	48
<i>taztia xt</i>	15	TIVICAY	74
TAZVERIK	65	TIVICAY PD	74
TDVAX	42	<i>tizanidine hcl</i>	12
TEFLARO	55	<i>tizanidine hydrochloride</i>	12
TEGSEDI	82	TOBI PODHALER	46
<i>telmisartan</i>	16	TOBRADEX	43
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	16	TOBRADEX ST	43
<i>temazepam</i>	24	<i>tobramycin</i>	44
TEMIXYS	75	<i>tobramycin</i>	46
TENIVAC	42	<i>tobramycin sulfate</i>	53
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	75	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	43
TEPMETKO	68	<i>tolazamide</i>	80
<i>terazosin hcl</i>	14	<i>tolterodine tartrate</i>	29
<i>terazosin hydrochloride</i>	14	<i>tolterodine tartrate er</i>	29
<i>terbinafine hcl</i>	63	<i>topiramate</i>	59
<i>terconazole</i>	63	<i>topotecan hcl</i>	66
<i>teriparatide</i>	20	<i>topotecan hydrochloride</i>	66
<i>testosterone</i>	30	<i>toremifene citrate</i>	64
<i>testosterone cypionate</i>	30	<i>torpenz</i>	68
<i>testosterone enanthate</i>	30	<i>torse mide</i>	18
<i>testosterone pump</i>	30	TOUJEO MAX SOLOSTAR	81
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	42	TOUJEO SOLOSTAR	81
<i>tetrabenazine</i>	23	TRADJENTA	80
<i>tetracycline hydrochloride</i>	57	<i>tramadol hydrochloride</i>	51
TEVIMBRA	64	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	51
THALOMID	64	<i>trandolapril</i>	18
<i>theophylline er</i>	49	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	16
<i>thioridazine hcl</i>	70	<i>tranexamic acid</i>	77
<i>thiothixene</i>	70	<i>tranylcypramine sulfate</i>	60
		TRAZIMERA	64

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>trazodone hydrochloride</i>	61	TRUQAP	68
TRECTOR	62	TRUSELTIQ	65
TRELEGY ELLIPTA	46	TUKYSA	65
TRELSTAR MIXJECT	36	<i>tulana</i>	34
TRESIBA	81	TURALIO	68
TRESIBA FLEXTOUCH	81	<i>turqoz</i>	33
<i>tretinoin</i>	25	TWINRIX	42
<i>tretinoin</i>	69	TYBOST	72
<i>tri femynor</i>	33	TYMLOS	20
<i>triamcinolone acetonide</i>	26	TYPHIM VI	42
<i>triamcinolone acetonide</i>	35	TYRVAYA	50
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	24	TYSABRI	21
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	16	UBRELVY	13
<i>triderm</i>	26	UDENYCA	78
<i>trientine hydrochloride</i>	75	UDENYCA ONBODY	78
<i>tri-estarylla</i>	33	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	50
<i>trifluoperazine hcl</i>	70	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	50
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	70	UNITHROID	36
<i>trifluridine</i>	44	<i>urea</i>	25
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	13	<i>ursodiol</i>	28
TRIJARDY XR	80	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	73
TRIKAFTA	46	VALCHLOR	63
<i>tri-lynyah</i>	33	<i>valganciclovir</i>	73
<i>trilyte</i>	28	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	73
<i>trimethoprim</i>	54	<i>valproic acid</i>	45
<i>tri-mili</i>	33	<i>valsartan</i>	16
<i>trimipramine maleate</i>	60	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	16
<i>trinessa</i>	33	VALTOCO 10 MG DOSE	57
TRINTELLIX	61	VALTOCO 15 MG DOSE	57
<i>tri-nymyo</i>	33	VALTOCO 20 MG DOSE	57
<i>tri-previfem</i>	33	VALTOCO 5 MG DOSE	57
TRIPTODUR	36	<i>vancomycin hcl</i>	54
<i>tri-sprintec</i>	33	<i>vancomycin hydrochloride</i>	54
TRIUMEQ	75	VANFLYTA	68
TRIUMEQ PD	75	VAQTA	42
<i>trivora-28</i>	33	<i>varenicline starting month box</i>	45
<i>tri-vylibra</i>	33	<i>varenicline tartrate</i>	45
TRIZIVIR	75	VARIVAX	42
TROGARZO	72	VARIZIG	39
<i>tropium chloride</i>	29	VAXCHORA	42
<i>tropium chloride er</i>	29	VAXELIS	42
TRULICITY	80	VELPHORO	75
TRUMENBA	42	VELTASSA	75

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VENCLEXTA	68	VRAYLAR	72
VENCLEXTA STARTING PACK	68	VUMERITY	21
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	61	<i>vyfemla</i>	33
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	61	VYJUVEK	50
VENTAVIS	47	<i>vylibra</i>	34
VEOPOZ	38	VYNDAMAX	16
<i>verapamil hcl</i>	15	VYVGART HYTRULO	38
<i>verapamil hcl er</i>	15	VYZULTA	44
<i>verapamil hcl sr</i>	15	<i>warfarin sodium</i>	78
<i>verapamil hydrochloride</i>	15	WELIREG	69
<i>verapamil hydrochloride er</i>	15	<i>wera</i>	34
VERQUVO	19	<i>wixela inhub</i>	46
VERSACLOZ	70	XALKORI	69
VERZENIO	68	XARELTO	78
V-GO 20	50	XARELTO STARTER PACK	78
V-GO 30	50	XATMEP	41
V-GO 40	50	XCOPRI	59
<i>vicodin hp</i>	51	XELJANZ	38
VIDEX EC	75	XELJANZ XR	38
VIDEX PEDIATRIC	75	XEMBIFY	39
<i>vienva</i>	33	XERMELO	27
<i>vigabatrin</i>	58	XGEVA	20
<i>vigadrone</i>	58	XIFAXAN	28
VIGAFYDE	58	XIGDUO XR	80
<i>vigpoder</i>	58	XIIDRA	44
VIIBRYD STARTER PACK	61	XOFLUZA	73
<i>vilazodone hydrochloride</i>	61	XOLAIR	38
VIMIZIM	82	XOLREMDI	78
<i>viorele</i>	33	XOSPATA	69
VIRACEPT	72	XPOVIO	65
VIREAD	75	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	65
VISTOGARD	50	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	65
VITRAKVI	68	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	66
VIVITROL	45	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	66
VIZIMPRO	69	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	66
VOCABRIA	74	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	66
<i>volnea</i>	33	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	66
VONJO	65	XTAMPZA ER	51
VORANIGO	69	XTANDI	64
<i>voriconazole</i>	63	<i>yargesa</i>	82
VOSEVI	73	YF-VAX	42
VOTRIENT	69	YUFLYMA 1-PEN KIT	41
VOWST	28	YUFLYMA 2-PEN KIT	41

Nombre del medicamento	Página
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	41
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	41
YUPELRI	48
<i>yuvafem</i>	34
<i>zafirlukast</i>	48
<i>zaleplon</i>	24
ZARXIO	78
ZEJULA	69
ZELBORAF	69
<i>zenatane</i>	25
ZENPEP	82
ZEPOSIA	21
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	21
ZEPOSIA STARTER KIT	21
<i>zidovudine</i>	75
<i>ziprasidone hcl</i>	72
<i>ziprasidone mesylate</i>	72
ZIRGAN	44
ZOKINVY	82
ZOLINZA	66
<i>zolmitriptan</i>	12
<i>zolpidem tartrate</i>	24
<i>zolpidem tartrate er</i>	24
ZONISADE	58
<i>zonisamide</i>	58
<i>zovia 1/35</i>	34
<i>zovia 1/35e</i>	34
ZTALMY	23
ZURZUVAE	60
ZYDELIG	69
ZYKADIA	69
ZYLET	44
ZYPREXA RELPREVV	72

**Aviso de no discriminación:
La discriminación es ilegal**

eternalHealth, Inc 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, Inc:

Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lengua 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 usted necesita estos servicios, contacte a 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 una queja ante:

eternalHealth, Inc (correo postal)

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

eternalHealth, Inc (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, Inc (en persona)

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 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de la Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en:

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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Servicios de intérprete multilingüe

Inglés: 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 can help you. This is a free service.

Español: 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.

Chino mandarín: 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

Chino cantonés: 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

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. 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.

Francés: 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.

Vietnamita: 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 .

Alemán: 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.

Coreano: 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.

Ruso: 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.

Árabe: 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 औषधि योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क व्याख्या सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-891-6989 (TTY:711) पर कॉल करें। कोई हिंदी बोलने वाला आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italiano: 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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.

Criollo francés: 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.

Polaco: 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.

Japonés: 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 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

SU ETERNO COMPAÑERO EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

Este formulario se actualizó el 10/01/2024. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con el Servicio de farmacia para miembros de eternalHealth al **1-800-891-6989** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 24 horas al día, 7 días a la semana, o visite **www.eternalHealth.com**.