



# Senior Care Plus

## Lista de medicamentos 2024

### (Lista de medicinas cubiertas)

#### LEER LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDICINAS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de presentación del archivo de la lista de medicamentos aprobado por el Sistema de Gestión de Plan de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 24083 Versión número: 17

Esta lista de medicamentos se actualizó el 10/01/2024. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar [www.SeniorCarePlus.com](http://www.SeniorCarePlus.com).

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.

**ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services are available to you, free of charge. Call 775-982-3112 or toll-free at 888-775-7003 (TTY users should call the State Relay Service at 711). (We are not open 7 days a week all year round) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.

**ATENCIÓN:** Si habla español, servicios de asistencia lingüística están disponible para usted sin cargo alguno. Llame al 775-982-3112 o al número gratuito al 888-775-7003 (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión del Estado al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año) El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.

**Nota para los asegurados existentes:** Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene las medicinas que toma.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

Cuando esta lista de medicinas dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Senior Care Plus.

Este documento incluye una lista de medicinas (la lista) para nuestro plan que entró en vigencia el 11/01/2024. Para obtener la lista de medicamentos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Generalmente, debe utilizar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

### **¿Qué es la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?**

La lista de medicamentos es una lista con medicinas cubiertas seleccionadas por Senior Care Plus en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, Senior Care Plus cubrirá las medicinas incluidas en nuestra lista, siempre y cuando la medicina se considere médicamente necesaria, la receta se surta en una farmacia de la red de Senior Care Plus y se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

### **¿Puede cambiar la Lista de medicamentos (lista de medicinas)?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicinas ocurre el 1.º de enero, pero Senior Care Plus podría agregar o quitar medicinas de la Lista de medicinas durante el año, cambiarlas a niveles de costos compartidos diferentes, o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

**Cambios que pueden afectarlo este año:** En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicinas genéricas nuevas.** Podremos quitar una medicina de marca inmediatamente de nuestra Lista de medicinas si la reemplazamos con una medicina genérica nueva que estará en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno inferior, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al momento de agregar el medicamento genérico nuevo, podremos decidir mantener al medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Si en la actualidad está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si realizamos ese cambio, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos el medicamento de nuestra lista de inmediato y le enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los asegurados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico nuevo para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en la lista de medicamentos o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente. O podemos hacer cambios según las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicinas de nuestra lista, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a una medicina, o si pasamos una medicina a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar el cambio a los asegurados afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o bien, en el momento en que el asegurado solicite que le surtan la medicina, en cuyo caso el asegurado recibirá un suministro de 30 días de la medicina.
  - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?”.

**Cambios que no lo afectarán si en la actualidad está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando una medicina que está en nuestra lista de medicamentos de 2024 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de la medicina durante el año de cobertura 2024, salvo por lo descrito anteriormente. Esto significa que estas medicinas seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos asegurados que las estén tomando, durante lo que reste del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, dichos cambios lo afectarían y es importante que consulte la Lista de medicinas del año de beneficios nuevo para ver los cambios en las medicinas.

La lista de medicamentos adjunta entra en vigencia el 11/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Senior Care Plus, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

## **¿Cómo utilizo la lista de medicamentos?**

Existen dos maneras de buscar su medicamento en la lista:

### **Afección médica**

La lista comienza en la página 9. Los medicamentos de esta lista se agrupan en categorías según el tipo de afección médica que traten. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se mencionan en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicina, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 9. Luego busque su medicamento en el nombre de la categoría.

### **Lista alfabética**

Si no está seguro de la categoría a la que pertenece su medicina, debe buscarla en el Índice que comienza en la página 77. En el Índice se 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. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede

encontrar la información de cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Senior Care Plus cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, las medicinas genéricas son menos costosas que las de marca.

## ¿Existen restricciones en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Senior Care Plus requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Senior Care Plus antes de surtir sus recetas. Si no cuenta con la aprobación, es posible que Senior Care Plus no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para determinados medicamentos, Senior Care Plus limita la cantidad del medicamento que cubre. Por ejemplo, Senior Care Plus proporciona 30 comprimidos por receta de simvastatina. Esto puede ser además de un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, Senior Care Plus requiere que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Senior Care Plus no cubra el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no es eficaz en su caso, entonces Senior Care Plus cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicina tiene requisitos adicionales o límites, puede consultar la lista que comienza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos si visita nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea donde se explican las restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede solicitarle a Senior Care Plus que realice una excepción a estas restricciones o límites o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué son las medicinas de venta sin receta?

Las medicinas de venta sin receta (over the counter, OTC) son medicinas sin receta que generalmente no están cubiertas por un plan de medicamentos recetados de Medicare.

## ¿Qué sucede si mi medicina no está en la lista de medicamentos?

Si su medicina no está incluida en esta lista de medicamentos (lista de medicinas cubiertas), debe comunicarse primero con Servicios a los afiliados y preguntar si su medicina está cubierta.

Si le informan que Senior Care Plus no cubre su medicina, tiene dos opciones:

- Puede solicitarle a Servicios a los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Senior Care Plus. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Senior Care Plus.
- Puede solicitarle a Senior Care Plus que haga una excepción para que cubra su medicamento. Consulte la sección a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

### ¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?

Puede solicitarle a Senior Care Plus que haga una excepción a sus reglas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no se encuentre en nuestra lista. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la lista a un nivel de costos compartidos más bajo si este medicamento no se encuentra en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, eso reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que anulemos las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Senior Care Plus limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que anulemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, Senior Care Plus solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan, el medicamento de costos compartidos más bajo o las restricciones de utilización adicionales no fuesen tan eficaces para tratar su afección o le ocasionaran efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción a la lista o a las restricciones de utilización. **Cuando solicita una excepción a la lista o a las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de parte del profesional o médico que receta para respaldar su solicitud.** Generalmente, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la declaración de respaldo del profesional que receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera 72 horas para conocer la decisión. Si le otorgan la solicitud de excepción acelerada, debemos informarle nuestra decisión no después de 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que receta.

### ¿Qué debo hacer antes poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o que continúa con la cobertura de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no se encuentren en nuestra lista. O bien, quizás esté tomando un medicamento que se encuentra en nuestra lista, pero sus posibilidades de obtenerlo son limitadas. Por ejemplo, quizás necesite una autorización previa nuestra antes de poder surtir su receta. Debe consultar a su médico para decidir si debería cambiar el medicamento por

uno adecuado que cubramos o si debería solicitar una excepción a la lista para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar la forma de proceder correcta para usted, es posible que, en ciertos casos, cubramos su medicamento durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que se convierte en asegurado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestra lista o si sus posibilidades de obtener los medicamentos son limitadas, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si la receta médica es por menos días, permitiremos resurtidos para proveer un suministro máximo de 30 días del medicamento. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estas medicinas, aunque haya sido un asegurado del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, pero ya transcurrieron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la lista.

Los surtidos de transición incluyen la transición de afiliados nuevos al plan de la Parte D de Medicare después del período anual de elección coordinada; la transición de afiliados nuevos elegibles al plan de la Parte D de Medicare desde otra cobertura; la transición de afiliados de un plan a otro después de comenzado el año del plan (p. ej., después del 1.º de enero); afiliados que residan en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés), y afiliados que actualmente se encuentran en un plan de la Parte D de Medicare afectados por los cambios en la lista de un año del plan al otro.

El período de transición son los primeros 90 días de cobertura en virtud de un plan de la Parte D de Medicare después de una transición, la cobertura se extenderá durante los años de contrato si un afiliado tiene una fecha de inscripción efectiva el 1.º de noviembre o el 1.º de diciembre que permita la cobertura completa de 90 días. Durante este tiempo, los planes de la Parte D de Medicare deben proporcionar al afiliado un surtido temporal de una medicina que no se encuentre en la lista.

En el caso de los afiliados que vivan en un centro de atención a largo plazo y obtengan sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de atención a largo plazo o que experimenten una transición caracterizada como un cambio en el nivel de atención de un centro de tratamiento a otro, Senior Care Plus proporcionará un suministro para hasta 31 días de una medicina que no se encuentre en la lista. Se proporcionará un suministro adicional para hasta 31 días para permitir el procesamiento de una reclamación por una medicina que no se encuentra en la lista.

### **Obtenga más información a través de los siguientes canales**

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Senior Care Plus, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Senior Care Plus, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

### Lista de medicamentos de Senior Care Plus

La lista que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre las medicinas cubiertas por Senior Care Plus. Si tiene dificultades para encontrar su medicina en la lista, diríjase al Índice, que comienza en la página 77.

En la primera columna del cuadro se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (p. ej., CRESTOR) y los medicamentos genéricos aparecen en letra minúscula cursiva (p. ej., *rosuvastatina*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Senior Care Plus tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

#### GUÍA DE NOTAS

El símbolo **B/D**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que la medicina pertenece a la Parte D frente a la Parte B solo con autorización previa.

El símbolo **PA**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que requiera autorización previa (Prior Authorization, PA).

El símbolo **QL**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que haya un límite en las cantidades suministradas (Quantity Limit, QL).

El símbolo **ST**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que requiera terapia escalonada (Step Therapy, ST).

El símbolo **NDS**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que se aplique un suministro de días no extendido (Non-Extended Day Supply, NDS)

Le notificaremos cuando haya un medicamento genérico disponible para todo el año para determinados medicamentos de marca. Ciertos medicamentos recetados relacionados con terapia de infusión en casa que generalmente están cubiertos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por nuestro beneficio médico en su lugar.

Llame a Servicio al Cliente al 888-775-7003 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar [www.SeniorCarePlus.com](http://www.SeniorCarePlus.com).

# Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health

TIPO DE PLAN	Nivel					
	1	2	3	4	5	6
	Genéricos preferidos	Genéricos no preferidos	De marca preferida	Droga no preferida	Especialidad	Medicinas de atención médica seleccionados
<b>Essential (HMO)-012</b>	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Complete (HMO)-019</b>	\$2	\$8	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Renown Preferred (HMO)-023</b>	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Select (HMO)-018</b>	\$0	\$0	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Extensive Duals (HMO D-SNP)-024</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	Coseguro del 33 %	\$0

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antidemencia</b>		
<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	
<b>Agentes antiespásticos</b>		
<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	
<b>Agentes antiyaquecosos</b>		
<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
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24083, 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
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
<b>Agentes antimiasténicos</b>		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
GUANIDINE HCL	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<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
RYTARY	4	ST
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	

ID de formulario: 24083, 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>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</b>		
<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	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</b>		
<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	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</b>		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	

ID de formulario: 24083, 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 hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt 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	
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6	
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>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>metirosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>ranolazine er</i>	2	

ID de formulario: 24083, 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>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Agonistas adrenérgicos alfa</b>		
<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	
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		
<i>candesartan cilexetil</i>	6	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	6	
<i>losartan potassium tablet</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	6	
<i>telmisartan</i>	6	
<i>valsartan tablet</i>	6	
<b>Antiarrítmicos</b>		
<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	
<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	

ID de formulario: 24083, 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>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<b>Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico</b>		
<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	
<b>Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>		
<i>atorvastatin calcium</i>	6	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
LIVALO	4	ST
<i>lovastatin tablet</i>	6	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	6	
<i>simvastatin tablet</i>	6	
<b>Dislipidémicos, otros</b>		
<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>	6	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<b>Diuréticos, ahorrador de potasio</b>		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	1	

ID de formulario: 24083, 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
<b>Diuréticos, evacuación</b>		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>torseamide tablet</i>	1	
<b>Diuréticos, tiazida</b>		
<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	
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</b>		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	6	
<i>captopril tablet</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet</i>	6	
<i>fosinopril sodium</i>	6	
<i>lisinopril tablet</i>	6	
<i>moexipril hcl</i>	6	
<i>perindopril erbumine</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	
<i>ramipril</i>	6	
<i>trandolapril</i>	6	
<b>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</b>		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
<b>NITRO-BID</b>	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	
<b>VERQUVO</b>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</b>		
<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	
<b>Agentes de antigout</b>		
<b>Agentes de antigout</b>		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	

ID de formulario: 24083, 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>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
<b>Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal</b>		
<b><i>Aminosalicilatos</i></b>		
<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	
<b><i>Glucocorticoides</i></b>		
<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	
<b>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</b>		
<b><i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i></b>		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	6	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
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
<b><i>Agentes de esclerosis múltiple</i></b>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 24083, 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
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
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

ID de formulario: 24083, 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
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)
<b>Agentes de fibromialgia</b>		
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 30mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24083, 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>dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</b>		
<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	
<b>Sistema nervioso central, otros</b>		
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

ID de formulario: 24083, 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>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA
<b>Agentes del trastorno del sueño</b>		
<b>Agentes estimulantes de insomnio</b>		
<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
<b>Agentes somníferos</b>		
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)
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<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	
<b>Agentes dermatológicos</b>		
<b>Agentes dermatológicos, otros</b>		
<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	

ID de formulario: 24083, 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 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
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
<b>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</b>		
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	
<b>Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito</b>		
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	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<b>EUCRISA</b>	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.05%</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	
<b>SPEVIGO INJECTION 150MG/ML</b>	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	
<b>Antiinfecciosos tópicos</b>		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	
<b>BACTROBAN NASAL</b>	4	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
<b><i>Pediculicidas/escabicidas</i></b>		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
<b>Agentes gastrointestinales</b>		
<b><i>Agentes antidiarreicos</i></b>		
<i>alose tron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alose tron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfat e</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<b><i>Agentes antiestreñimiento</i></b>		
<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)
MOTEGRITY	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
<b><i>Agentes gastrointestinales, otros</i></b>		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<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
<b>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</b>		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
<b>Antiespasmódicos, gastrointestinal</b>		
<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
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
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)
<b>Protectores</b>		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	

ID de formulario: 24083, 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
<b>Agentes genitourinarios</b>		
<i>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</i>		
<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	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<b>Agentes genitourinarios, otros</b>		
<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	
<b>Antiespasmódicos, urinario</b>		
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	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA

ID de formulario: 24083, 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
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)</b>		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<b>Andrógenos</b>		
<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
<b>Estrógenos</b>		
<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	

ID de formulario: 24083, 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>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
<b>DOTTI</b>	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	
<b>ESTRING</b>	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	
<b>FYAVOLV</b>	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	

ID de formulario: 24083, 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>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutra</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
<b>MENEST TABLET 2.5MG</b>	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-lynyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<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: 24083, 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-linyah</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	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	

ID de formulario: 24083, 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>yuvafem</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
<b>Progestinas</b>		
<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
<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	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</b>		
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		

ID de formulario: 24083, 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
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<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	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		
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	
THYROLAR-1/4	4	
THYROLAR-2	4	
THYROLAR-3	4	
UNITHROID	3	
<b>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</b>		
<b>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</b>		

ID de formulario: 24083, 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>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA
LANREOTIDE ACETATE INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	5	PA
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
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
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT	5	PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA
<b>Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)</b>		
<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	
<b>Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)</b>		
<i>Agentes antiitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
<b>Agentes inmunológicos</b>		

ID de formulario: 24083, 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>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
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

ID de formulario: 24083, 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
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
<b>Agentes para angioedema</b>		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
<b>Inmunoestimulantes</b>		
ACTIMMUNE	5	PA
INTRON A	5	PA
PEGASYS	5	PA
<b>Inmunoglobulinas</b>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
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
<b>Inmunosupresores</b>		
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

ID de formulario: 24083, 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
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS	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
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

ID de formulario: 24083, 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
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
<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
<b>Vacunas</b>		
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	

ID de formulario: 24083, 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
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)
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	

ID de formulario: 24083, 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
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VAXCHORA	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<b>Agentes oftálmicos antialérgicos</b>		
<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	
<b>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</b>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution</i>	1	
<b>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</b>		
<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)
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>		
<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	

ID de formulario: 24083, 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>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>		
<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	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<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	

ID de formulario: 24083, 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
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
<b>Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas</b>		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
<b>Agentes para la bipolaridad</b>		
<b>Estabilizadores del estado de ánimo</b>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
<b>Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción</b>		
<b>Agentes para dejar de fumar</b>		
<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)
<b>Agentes que revierten los opioides</b>		
<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	
<b>Dependencia de opioides</b>		
<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)
<b>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</b>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
<b>Agentes para vías respiratorias/pulmonares</b>		
<b>Agentes del tracto respiratorio, otros</b>		
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)

ID de formulario: 24083, 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
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<b>Agentes para fibrosis pulmonar</b>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
<b>Agentes para fibrosis quística</b>		
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
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>		
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

ID de formulario: 24083, 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>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
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
<b>Antihistamínicos</b>		
<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	
<b>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</b>		
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)

ID de formulario: 24083, 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
QVAR REDIHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
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
<b>Broncodilatadores, simpaticomimético</b>		
<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

ID de formulario: 24083, 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 hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>Estabilizadores de mastocitos</b>		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</b>		
<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	
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA
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
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)

ID de formulario: 24083, 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 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
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
<b>Agentes óticos</b>		
<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	
<b>Analgésicos</b>		
<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
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	NDS

ID de formulario: 24083, 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>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
<b>Analgésicos opioides, de acción rápida</b>		
<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
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	

ID de formulario: 24083, 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 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	
<b>Anestésicos</b>		
<b><i>Anestésicos locales</i></b>		
<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
<b>Ansiolíticos</b>		
<b><i>Ansiolíticos, otros</i></b>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<b><i>Benzodiazepinas</i></b>		
<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)

ID de formulario: 24083, 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>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)
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<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	
<b>HUMATIN</b>	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
<b>Antibacterianos, otros</b>		
<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	
<b>DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE</b>	4	
<b>IMPAVIDO</b>	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	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<b>Betalactámico, cefalosporinas</b>		
<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	
<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	

ID de formulario: 24083, 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
<b>Betalactámico, penicilinas</b>		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted</i> 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted</i> 250mg/5ml; 62.5mg/5ml	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg,</i> <i>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>nafcillin 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;</i> <i>0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
<b>Carbapenemas</b>		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	
<i>meropenem</i>	4	
<b>Macrólidos</b>		
<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	

ID de formulario: 24083, 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
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml</i>	4	
<b>Quinolonas</b>		
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	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine tablet</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxylene nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Agentes de aumento de ácido y-aminobutírico (GABA)</b>		
<i>clobazam</i>	4	

ID de formulario: 24083, 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>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
<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)
<i>vigabatrin</i>	5	PA
<i>vigadrone</i>	5	PA
VIGAFYDE	5	PA
<i>vigpoder</i>	5	PA
<b>Agentes de modificación de los canales de calcio</b>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<b>Agentes para los canales de sodio</b>		
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	

ID de formulario: 24083, 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>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
<i>zonisamide</i>	2	
<b>Anticonvulsivos, otros</b>		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA
EPIDIOLEX	5	PA
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<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	

ID de formulario: 24083, 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>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA; (100mg-150mg)
<b>Antidepresivos</b>		
<b><i>Antidepresivos, otros</i></b>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST
<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	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA
<b><i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i></b>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<b><i>Tricíclicos</i></b>		
<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	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<b>Antidepressants</b>		
<b>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</b>		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	2	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST
<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	

ID de formulario: 24083, 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
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)
<b>Antieméticos</b>		
<b><i>Ayudantes para terapia emetogénica</i></b>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron hydrochloride injection 4mg/2ml</i>	4	
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<b><i>Antieméticos, otros</i></b>		
<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	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<b><i>Antimicobacterianos, otros</i></b>		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<b><i>Antituberculosos</i></b>		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 24083, 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
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	
<b>Antimicóticos</b>		
<b><i>Antimicóticos</i></b>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>casposfungin acetate injection 70mg</i>	4	
<i>casposfungin acetate injection 50mg</i>	5	
<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	

ID de formulario: 24083, 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>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
<b>Antineoplásicos</b>		
<b>Agentes alquilantes</b>		
<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
<b>Agentes antiangiogénicos</b>		
FOTIVDA	5	PA
<i>lenalidomide</i>	5	PA
POMALYST	5	PA
QINLOCK	5	PA
REVLIMID	5	PA
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA
THALOMID	5	PA
<b>Antiandrogénicos</b>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA
XTANDI	5	PA
<b>Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco</b>		
DARZALEX FASPRO	5	PA
KANJINTI	5	PA
LOQTORZI	5	PA
RUXIENCE	5	PA
TEVIMBRA	5	PA
TRAZIMERA	5	PA
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<b>Antimetabolitos</b>		

ID de formulario: 24083, 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
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
AKEEGA	5	PA
BESREMI	5	PA
COLUMVI	5	PA
EPKINLY	5	PA
GAVRETO	5	PA
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INREBIC	5	PA
IWILFIN	5	PA
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA
KRAZATI	5	PA
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
LONSURF	5	PA
LUMAKRAS	5	PA
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 20 MG DAILY DOSE
NINLARO	5	PA
OGSIVEO	5	PA
ONUREG	5	PA
ORSERDU	5	PA
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PHESGO	5	PA
RETEVMO CAPSULE	5	PA
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24083, 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
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
SCSEMBLIX TABLET 40MG	5	PA
SCSEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
SCSEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SYNRIBO	5	
TAZVERIK	5	PA
TRUSELTIQ	5	PA
TUKYSA	5	PA
VONJO	5	PA
XPOVIO	5	PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA
ZOLINZA	5	PA
<b>Antineoplásicos</b>		
OPDUALAG	5	PA
<b>Complementos del tratamiento</b>		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
<b>Inhibidores de enzimas</b>		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
<b>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</b>		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
<b>Inhibidores moleculares dirigidos</b>		
ALECENSA	5	PA
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24083, 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
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
BALVERSA	5	PA
BOSULIF	5	PA
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA
BRUKINSA	5	PA
CABOMETYX	5	PA
CALQUENCE	5	PA
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
COMETRIQ	5	PA
COPIKTRA	5	PA
COTELLIC	5	PA
<i>dasatinib</i>	5	PA
DAURISMO	5	PA
ERIVEDGE	5	PA
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA
<i>gefitinib</i>	5	PA
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA
IMBRUVICA	5	PA
INLYTA	5	PA
INQOVI	5	PA
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA

ID de formulario: 24083, 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
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
KISQALI	5	PA
KOSELUGO	5	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA
LORBRENA	5	PA
LYNPARZA TABLET	5	PA
MEKINIST	5	PA
MEKTOVI	5	PA
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ODOMZO	5	PA
OJEMDA	5	PA
OJJAARA	5	PA
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA
REZLIDHIA	5	PA
ROZLYTREK	5	PA
RUBRACA	5	PA
RYDAPT	5	PA
<i>sorafenib</i>	5	PA
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA
SPRYCEL	5	PA
STIVARGA	5	PA
<i>sunitinib malate</i>	5	PA
TAFINLAR	5	PA
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TALZENNA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TEPMETKO	5	PA

ID de formulario: 24083, 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
TIBSOVO	5	PA
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TRUQAP TABLET	5	PA
TURALIO	5	PA
VANFLYTA	5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA
VERZENIO	5	PA
VITRAKVI	5	PA
VIZIMPRO	5	PA
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
VOTRIENT	5	PA
WELIREG	5	PA
XALKORI	5	PA
XOSPATA	5	PA
ZEJULA CAPSULE	5	PA
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZELBORAF	5	PA
ZYDELIG	5	PA
ZYKADIA TABLET	5	PA
<b>Retinoides</b>		
<i>bexarotene</i>	5	PA
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
<b>Antiparasitarios</b>		
<b>Antihelmínticos</b>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<b>Antiprotozoico</b>		
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	

ID de formulario: 24083, 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>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
<b>Antipsicóticos</b>		
<b>Primera generación/típico</b>		
<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	
<b>Resistente al tratamiento</b>		
<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)

ID de formulario: 24083, 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
<b>Segunda generación/atípico</b>		
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	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(8 EA por 180 días); ST
INVEGA HAFYERA	5	ST
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
NUPLAZID CAPSULE	5	PA
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA
<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	

ID de formulario: 24083, 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>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)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST
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	
<b>Antivírico</b>		
<b><i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i></b>		
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	
<b><i>Agentes anti-VIH, otros</i></b>		
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	
<b><i>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</i></b>		

ID de formulario: 24083, 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>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
<b>Agentes antigripales</b>		
<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)
<b>Agentes antihepatitis C (VHC)</b>		
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
<b>Agentes antiherpéticos</b>		
<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)
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)</b>		
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: 24083, 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	
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)</b>		
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	
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</b>		
<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	
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	4	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<b>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDGE SOLUTION	4	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>		
<b>Aglutinantes de potasio</b>		
<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	
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>		
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
<b>Quelantes de fosfato</b>		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
<b>Reemplazo de electrolitos/minerales</b>		

ID de formulario: 24083, 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
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	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	2	

ID de formulario: 24083, 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>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	
<b>Vitaminas</b>		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
<b>Productos y modificadores sanguíneos</b>		
<b>Agentes homeostáticos</b>		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
<b>Agentes modificadores de plaquetas</b>		
<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	
<b>Anticoagulantes</b>		
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	
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	

ID de formulario: 24083, 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
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)
<b>Productos y modificadores sanguíneos, otros</b>		
<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	
<b>Reguladores de la glucemia</b>		
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
FARXIGA	3	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er</i>	6	
<i>glipizide xl</i>	6	

ID de formulario: 24083, 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>glipizide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glipizide tablet</i>	6	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
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>	6	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	6	
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>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<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	
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	

ID de formulario: 24083, 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
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	
<b><i>Insulinas</i></b>		
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	
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	

ID de formulario: 24083, 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
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	
<b>Relajantes musculares esqueléticos</b>		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
<b>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
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

ID de formulario: 24083, 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
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: 24083, 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>	68
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	68
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	68
ABELCET	57
ABILIFY MAINTENA	65
<i>abiraterone acetate</i>	58
ABRYSVO	36
<i>acamprosate calcium dr</i>	40
<i>acarbose</i>	72
ACCUTANE	21
<i>acebutolol hcl</i>	11
<i>acebutolol hydrochloride</i>	11
<i>acetaminophen/codeine</i>	46
<i>acetazolamide</i>	12
<i>acetazolamide er</i>	38
<i>acetic acid</i>	45
<i>acetic acid 0.25%</i>	25
<i>acitretin</i>	21
ACTHIB	36
ACTIMMUNE	34
<i>acyclovir</i>	22
<i>acyclovir</i>	67
<i>acyclovir sodium</i>	67
ADACEL	36
ADBRY	33
<i>adefovir dipivoxil</i>	69
ADEMPAS	41
ADTHYZA	31
ADVAIR HFA	40
<i>afirmelle</i>	26
AIMOVIG	9
AKEEGA	59
ALA-CORT	21
<i>albendazole</i>	63
<i>albuterol sulfate</i>	43
<i>albuterol sulfate er</i>	43
<i>albuterol sulfate hfa</i>	43
<i>alclometasone dipropionate</i>	21
ALCOHOL PREP PADS	44
ALDURAZYME	75
ALECENSA	60

Nombre del medicamento	Página
<i>alendronate sodium</i>	16
<i>alfuzosin hcl er</i>	25
ALINIA	63
<i>aliskiren</i>	12
<i>allopurinol</i>	15
<i>alosetron hydrochloride</i>	23
ALPHAGAN P	38
<i>alprazolam</i>	47
<i>altavera</i>	26
ALUNBRIG	60
<i>alyacen 1/35</i>	26
<i>alyacen 7/7/7</i>	26
<i>alyq</i>	41
<i>amabelz</i>	26
<i>amantadine hcl</i>	67
<i>ambrisentan</i>	41
<i>amethia</i>	26
<i>amethia lo</i>	26
<i>amethyst</i>	26
<i>amikacin sulfate</i>	48
<i>amiloride hcl</i>	14
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
AMINOSYN II	70
AMINOSYN-PF	70
<i>amiodarone hydrochloride</i>	13
<i>amitriptyline hcl</i>	54
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	54
<i>amlodipine besylate</i>	11
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	12
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>ammonium lactate</i>	21
<i>amnestem</i>	21
<i>amoxapine</i>	54
<i>amoxicillin</i>	50
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	50
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	50
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	18
<i>amphotericin b</i>	57
<i>amphotericin b liposome</i>	57
<i>ampicillin</i>	50
<i>ampicillin sodium</i>	50
<i>ampicillin/sulbactam</i>	50
<i>ampicillin-sulbactam</i>	50

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>anagrelide hydrochloride</i>	72	AUGTYRO	44
<i>anastrozole</i>	60	<i>aurovela 1.5/30</i>	26
ANORO ELLIPTA	40	<i>aurovela 1/20</i>	26
<i>aprepitant</i>	56	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	26
APTIOM	52	<i>aurovela fe 1/20</i>	26
APTIVUS	66	AUSTEDO	19
AREXVY	36	AUSTEDO XR	19
<i>arformoterol tartrate</i>	43	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	19
<i>aripiprazole</i>	65	KIT	
<i>aripiprazole odt</i>	65	AUVELITY	54
ARISTADA	65	<i>aviane</i>	26
ARISTADA INITIO	65	AVONEX	17
<i>armodafinil</i>	20	AVONEX PEN	16
ARMOUR THYROID	31	<i>ayuna</i>	26
ARNUITY ELLIPTA	42	AYVAKIT	61
ASCENIV	34	<i>azathioprine</i>	34
<i>asenapine maleate sl</i>	65	<i>azelaic acid</i>	21
<i>ashlyna</i>	26	<i>azelastine hcl</i>	38
ASMANEX HFA	42	<i>azelastine hcl</i>	42
ASMANEX TWISTHALER 120	42	<i>azelastine hydrochloride</i>	42
METERED DOSES		<i>azithromycin</i>	50
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	42	<i>aztreonam</i>	48
DOSES		<i>azurette</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	42	<i>bacitracin</i>	39
DOSES		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	38
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	42	<i>baclofen</i>	9
DOSES		BACTROBAN NASAL	22
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED	42	BAFIERTAM	17
DOSES		<i>balsalazide disodium</i>	16
<i>aspirin/dipyridamole</i>	71	BALVERSA	61
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	71	<i>balziva</i>	26
ASTAGRAF XL	34	BAQSIMI ONE PACK	73
<i>atazanavir</i>	66	BAQSIMI TWO PACK	73
<i>atazanavir sulfate</i>	66	BARACLUDE	69
<i>atenolol</i>	11	<i>bcg vaccine</i>	36
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	BD INSULIN SYRINGE	44
<i>atomoxetine</i>	19	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	44
<i>atorvastatin calcium</i>	14	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atovaquone</i>	63	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	44
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	63	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atropine sulfate</i>	38	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	44
ATROVENT HFA	43	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>aubra eq</i>	26	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	44
AUGMENTIN	50	FINE/29G X 12.7MM	

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	44	BRUKINSA	61
<i>bekyree</i>	26	<i>budesonide</i>	16
BELSOMRA	20	<i>budesonide</i>	42
<i>benazepril hcl</i>	15	<i>budesonide er</i>	16
<i>benazepril hydrochloride</i>	15	<i>bumetanide</i>	15
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>buprenorphine</i>	45
BENLYSTA	33	<i>buprenorphine hcl</i>	40
<i>benznidazole</i>	63	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	40
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	40
BESIVANCE	39	<i>bupropion hcl</i>	54
BESREMI	59	<i>bupropion hydrochloride</i>	54
<i>betaine anhydrous</i>	75	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	40
<i>betamethasone dipropionate</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	54
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	21	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	54
<i>betamethasone valerate</i>	22	<i>bupirone hcl</i>	47
BETASERON	17	<i>bupirone hydrochloride</i>	47
<i>betaxolol hcl</i>	11	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	19
<i>betaxolol hcl</i>	38	BYDUREON BCISE	72
<i>bethanechol chloride</i>	25	BYETTA	72
<i>bexarotene</i>	63	CABENUVA	67
BEXSERO	36	<i>cabergoline</i>	32
<i>bicalutamide</i>	58	CABLIVI	71
BICILLIN L-A	50	CABOMETYX	61
BIKTARVY	67	<i>calcipotriene</i>	20
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>calcitonin-salmon</i>	16
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>calcitriol</i>	16
BIVIGAM	34	<i>calcium acetate</i>	69
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	26	CALQUENCE	61
<i>blisovi fe 1/20</i>	26	<i>camila</i>	30
BOOSTRIX	36	<i>camrese</i>	26
BOSULIF	61	<i>camrese lo</i>	26
BRAFTOVI	61	<i>candesartan cilexetil</i>	13
BREO ELLIPTA	40	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
BREZTRI AEROSPHERE	42	CAPLYTA	65
<i>briellyn</i>	26	CAPRELSA	61
BRILINTA	71	<i>captopril</i>	15
BRIMONIDINE TARTRATE	38	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	38	<i>carbamazepine</i>	52
<i>brinzolamide</i>	38	<i>carbamazepine er</i>	52
BRIVIACT	53	<i>carbidopa</i>	10
<i>bromfenac sodium</i>	39	<i>carbidopa/levodopa</i>	10
<i>bromocriptine mesylate</i>	10	<i>carbidopa/levodopa er</i>	10
BRONCHITOL	41	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10
		<i>carglumic acid</i>	70

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>carteolol hcl</i>	38	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	16
<i>cartia xt</i>	11	CINRYZE	34
<i>carvedilol</i>	11	CIPRO	51
<i>caspofungin acetate</i>	57	<i>ciprofloxacin</i>	45
CAYSTON	41	<i>ciprofloxacin</i>	51
<i>cefaclor</i>	49	<i>ciprofloxacin hcl</i>	51
<i>cefadroxil</i>	49	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	39
CEFAZOLIN	49	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	51
<i>cefazolin sodium</i>	49	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	51
<i>cefdinir</i>	49	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	45
<i>cefepime</i>	49	<i>cisplatin</i>	58
<i>cefepime hydrochloride</i>	49	<i>citalopram hydrobromide</i>	55
<i>cefixime</i>	49	<i>claravis</i>	21
<i>cefotaxime sodium</i>	49	<i>clarithromycin</i>	50
<i>cefotetan</i>	49	<i>clarithromycin er</i>	50
<i>cefoxitin sodium</i>	49	CLENPIQ	23
<i>cefpodoxime proxetil</i>	49	CLIMARA PRO	26
<i>cefprozil</i>	49	<i>clindacin etz pledgets</i>	48
<i>ceftazidime</i>	49	<i>clindamycin hcl</i>	48
<i>ceftazidime/dextrose</i>	49	<i>clindamycin hydrochloride</i>	48
<i>ceftriaxone sodium</i>	49	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	48
<i>cefuroxime axetil</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	23
<i>cefuroxime sodium</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	48
<i>celecoxib</i>	46	<i>clobazam</i>	51
<i>cephalexin</i>	49	<i>clobetasol propionate</i>	22
CERDELGA	75	<i>clobetasol propionate e</i>	22
<i>chateal</i>	26	<i>clomipramine hydrochloride</i>	54
<i>chateal eq</i>	26	<i>clonazepam</i>	52
CHEMET	69	<i>clonazepam odt</i>	52
<i>chlorhexidine gluconate</i>	20	<i>clonidine</i>	13
<i>chloroquine phosphate</i>	63	<i>clonidine hydrochloride</i>	13
<i>chlorothiazide</i>	15	<i>clopidogrel</i>	71
<i>chlorpromazine hcl</i>	64	<i>clorazepate dipotassium</i>	47
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	64	<i>clotrimazole</i>	57
<i>chlorthalidone</i>	15	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	20
CHOLBAM	75	CLOVIQUE	69
<i>cholestyramine</i>	14	<i>clozapine</i>	64
<i>cholestyramine light</i>	14	<i>clozapine odt</i>	64
<i>ciclodan</i>	23	COARTEM	63
<i>ciclopirox</i>	23	<i>colchicine</i>	15
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	23	<i>colesevelam hydrochloride</i>	14
<i>ciclopirox olamine</i>	23	<i>colestipol hcl</i>	14
<i>cidofovir</i>	67	<i>colistimethate sodium</i>	48
<i>cilostazol</i>	71	<i>colocort</i>	16
CIMDUO	68	COLUMVI	59

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
COMBIGAN	38	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	48
COMBIVENT RESPIMAT	41	<i>darunavir</i>	66
COMETRIQ	61	DARZALEX FASPRO	58
COMPLERA	68	<i>dasatinib</i>	61
<i>compro</i>	56	<i>dasetta 1/35</i>	27
<i>constulose</i>	23	<i>dasetta 7/7/7</i>	27
COPIKTRA	61	DAURISMO	61
CORLANOR	12	<i>daysee</i>	27
<i>cortisone acetate</i>	31	<i>deblitane</i>	30
COSENTYX	33	<i>deferasirox</i>	69
COSENTYX SENSOREADY PEN	33	DELSTRIGO	68
COSENTYX UNOREADY	33	<i>delyla</i>	27
COTELLIC	61	<i>demeclocycline hcl</i>	51
CREON	75	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	51
<i>cromolyn sodium</i>	38	DENGVAXIA	36
<i>cromolyn sodium</i>	44	DEPO-PROVERA	30
<i>cromolyn sodium</i>	75	DEPO-SUBQ PROVERA 104	30
<i>cryselle-28</i>	26	DESCOVY	68
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	44	<i>desipramine hydrochloride</i>	54
CUTAQUIG	34	<i>desmopressin acetate</i>	25
CUVITRU	34	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	27
<i>cyclafem 1/35</i>	27	<i>desonide</i>	22
<i>cyclafem 7/7/7</i>	27	<i>desoximetasone</i>	22
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	75	<i>desvenlafaxine er</i>	55
<i>cyclophosphamide</i>	58	<i>dexamethasone</i>	31
<i>cycloserine</i>	56	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	39
<i>cyclosporine</i>	34	DEXILANT	24
<i>cyclosporine</i>	38	<i>dexlansoprazole</i>	24
<i>cyclosporine modified</i>	34	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18
CYLTEZO	35	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	18
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	34	<i>dextrose 5%</i>	70
CROHNS DISEASE/UC/HS		<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	70
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	35	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	70
PSORIASIS		DIACOMIT	52
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	35	<i>diazepam</i>	48
PSORIASIS/UEVITIS		<i>diazepam intensol</i>	48
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	42	<i>diazepam rectal gel</i>	52
CYSTAGON	75	<i>diazoxide</i>	73
CYSTARAN	38	<i>diclofenac potassium</i>	46
<i>dalfampridine er</i>	17	<i>diclofenac sodium</i>	21
<i>danazol</i>	26	<i>diclofenac sodium</i>	39
<i>dantrolene sodium</i>	9	<i>diclofenac sodium</i>	47
<i>dapsone</i>	56	<i>diclofenac sodium dr</i>	46
DAPTACEL	36	<i>diclofenac sodium er</i>	46
<i>daptomycin</i>	48	<i>dicloxacillin sodium</i>	50

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>dicyclomine hcl</i>	24	DRIZALMA SPRINKLE	55
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	24	<i>dronabinol</i>	56
DIFICID	51	DROXIA	59
<i>diflunisal</i>	47	<i>droxidopa</i>	13
<i>digitek</i>	13	DULERA	41
<i>digox</i>	13	<i>duloxetine hydrochloride</i>	55
<i>digoxin</i>	13	DUPIXENT	33
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9	<i>dutasteride</i>	25
DILANTIN	52	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	25
<i>diltiazem hcl</i>	11	EASY COMFORT INSULIN	44
<i>diltiazem hcl cd</i>	11	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hcl er</i>	11	<i>ec-naproxen</i>	47
<i>diltiazem hydrochloride</i>	12	<i>econazole nitrate</i>	57
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	11	EDARBI	13
<i>dilt-xr</i>	11	EDARBYCLOR	12
<i>dimethyl fumarate</i>	17	EDURANT	68
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	17	<i>efavirenz</i>	68
<i>diphenhydramine hcl</i>	42	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	68
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	42	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	68
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	23	<i>efavirenz</i>	68
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	36	<i>effer-k</i>	70
<i>disulfiram</i>	40	ELAPRASE	75
<i>divalproex sodium</i>	52	<i>elinest</i>	27
<i>divalproex sodium dr</i>	52	ELIQUIS	71
<i>divalproex sodium er</i>	52	ELIQUIS STARTER PACK	71
<i>dofetilide</i>	13	ELLA	44
<i>dolishale</i>	27	ELMIRON	25
<i>donepezil hcl</i>	9	<i>eluryng</i>	27
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	EMCYT	58
DOPTELET	71	EMGALITY	9
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	38	EMPAVELI	33
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	38	EMSAM	54
DOTTI	27	<i>emtricitabine</i>	68
DOVATO	67	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	68
<i>doxazosin mesylate</i>	25	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	68
<i>doxepin hcl</i>	54	EMTRIVA	68
<i>doxepin hydrochloride</i>	55	<i>emzahh</i>	30
<i>doxy 100</i>	51	<i>enalapril maleate</i>	15
<i>doxycycline</i>	51	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>doxycycline hyclate</i>	20	ENBREL	35
<i>doxycycline hyclate</i>	51	ENBREL MINI	35
<i>doxycycline monohydrate</i>	51	ENBREL SURECLICK	35
<i>d-penamamine</i>	25	ENDARI	75
		<i>endocet</i>	46

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
ENGERIX-B	36	EUCRISA	22
<i>enilloring</i>	27	EUTHYROX	31
ENJAYMO	33	<i>everolimus</i>	35
<i>enoxaparin sodium</i>	71	<i>everolimus</i>	61
<i>enpresse-28</i>	27	EVOTAZ	66
<i>entacapone</i>	10	EVRYSDI	75
<i>entecavir</i>	69	<i>exemestane</i>	60
ENTRESTO	12	EXKIVITY	61
<i>enulose</i>	23	<i>ezetimibe</i>	14
ENVARUSUS XR	35	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	14
EPIDIOLEX	53	FABRAZYME	75
<i>epinephrine</i>	12	<i>falmina</i>	27
<i>epinephrine</i>	43	<i>famciclovir</i>	67
<i>epitol</i>	52	<i>famotidine</i>	24
EPKINLY	59	FANAPT	65
<i>eplerenone</i>	14	FANAPT TITRATION PACK	65
<i>epoprostenol sodium</i>	42	FARXIGA	72
EPRONTIA	53	FARYDAK	61
<i>ergoloid mesylates</i>	9	FASENRA	41
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9	FASENRA PEN	41
ERIVEDGE	61	<i>fayosim</i>	27
ERLEADA	58	<i>febuxostat</i>	16
<i>erlotinib hydrochloride</i>	61	<i>felbamate</i>	53
<i>errin</i>	30	<i>felodipine er</i>	11
<i>ertapenem</i>	50	<i>femynor</i>	27
<i>ertapenem sodium</i>	50	<i>fenofibrate</i>	14
<i>ery</i>	23	<i>fenofibrate micronized</i>	14
<i>erythromycin</i>	23	<i>fenofibric acid dr</i>	14
<i>erythromycin</i>	39	<i>fentanyl</i>	45
<i>erythromycin dr</i>	51	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	46
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	51	FETZIMA	55
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	21	FETZIMA TITRATION PACK	55
<i>escitalopram oxalate</i>	55	FINACEA	21
<i>esomeprazole magnesium</i>	24	<i>finasteride</i>	25
<i>estarylla</i>	27	<i>fingolimod hydrochloride</i>	17
<i>estradiol</i>	27	FINTEPLA	53
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	27	FIRMAGON	32
ESTRING	27	FLAREX	39
<i>eszopiclone</i>	20	<i>flecainide acetate</i>	13
<i>ethambutol hydrochloride</i>	56	<i>fluconazole</i>	57
<i>ethosuximide</i>	52	<i>fluconazole in dextrose</i>	57
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	27	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	57
<i>etodolac</i>	47	<i>flucytosine</i>	57
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	27	<i>fludrocortisone acetate</i>	31
<i>etravirine</i>	68	<i>flunisolide</i>	42

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>fluocinolone acetonide</i>	22	<i>gavilyte-g</i>	24
<i>fluocinolone acetonide body</i>	22	<i>gavilyte-h</i>	24
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	22	<i>gavilyte-n/fluor pack</i>	24
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	22	GAVRETO	59
<i>fluocinonide</i>	22	<i>gefitinib</i>	61
<i>fluorometholone</i>	39	GELNIQUE PUMP	25
<i>fluorouracil</i>	21	<i>gemfibrozil</i>	14
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	55	GEMTESA	25
<i>fluphenazine decanoate</i>	64	<i>generlac</i>	23
<i>fluphenazine hcl</i>	64	<i>gengraf</i>	35
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	64	GENOTROPIN	25
<i>flurbiprofen</i>	47	GENOTROPIN MINIQUICK	25
<i>flurbiprofen sodium</i>	39	<i>gentak</i>	39
<i>flutamide</i>	58	<i>gentamicin sulfate</i>	39
<i>fluticasone propionate</i>	22	<i>gentamicin sulfate</i>	48
<i>fluticasone propionate</i>	42	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	48
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	41	GENVOYA	67
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	41	GILOTRIF	61
<i>fluvastatin</i>	14	<i>glatiramer acetate</i>	17
<i>fluvastatin sodium er</i>	14	GLEOSTINE	58
<i>fluvoxamine maleate</i>	55	<i>glimepiride</i>	72
<i>fondaparinux sodium</i>	71	<i>glipizide</i>	73
<i>formoterol fumarate</i>	43	<i>glipizide er</i>	72
FORTEO	16	<i>glipizide xl</i>	72
<i>fosamprenavir calcium</i>	66	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	73
<i>fosinopril sodium</i>	15	GLUCAGEN HYPOKIT	73
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>glucagon emergency kit</i>	73
FOTIVDA	58	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	74
FRAGMIN	71	LOW BLOOD SUGAR	
FRUZAQLA	61	<i>glyburide</i>	73
<i>furosemide</i>	15	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	73
FUZEON	66	<i>glycopyrrolate</i>	24
FYAVOLV	27	GLYXAMBI	73
FYCOMPA	53	<i>griseofulvin microsize</i>	57
<i>gabapentin</i>	52	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	57
<i>galantamine hydrobromide</i>	9	<i>guanfacine hydrochloride</i>	13
<i>galantamine hydrobromide er</i>	9	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	19
<i>gallifrey</i>	30	GUANIDINE HCL	10
GAMASTAN	34	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	74
GAMMAKED	34	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	74
GAMUNEX-C	34	GVOKE KIT	74
<i>ganciclovir</i>	67	GVOKE PFS	74
GARDASIL 9	36	<i>hailey 1.5/30</i>	27
<i>gatifloxacin</i>	39	<i>hailey fe 1.5/30</i>	27
<i>gavilyte-c</i>	23	<i>hailey fe 1/20</i>	27

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>halobetasol propionate</i>	22	<i>hydromorphone hcl</i>	46
<i>haloette</i>	27	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	46
<i>haloperidol</i>	64	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	46
<i>haloperidol decanoate</i>	64	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	64
<i>haloperidol lactate</i>	64	<i>hydroxyurea</i>	59
HAVRIX	36	<i>hydroxyzine hcl</i>	42
<i>heather</i>	30	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	42
HEPAGAM B	34	<i>hydroxyzine pamoate</i>	47
<i>heparin sodium</i>	71	HYPERHEP B	34
HEPLISAV-B	37	<i>ibandronate sodium</i>	16
HIBERIX	37	IBRANCE	59
HIZENTRA	34	IBRANCE	61
HUMALOG	74	<i>ibu</i>	47
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	74	<i>ibuprofen</i>	47
HUMALOG KWIKPEN	74	<i>icatibant acetate</i>	34
HUMALOG MIX 50/50	74	<i>iclevia</i>	27
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	74	ICLUSIG	61
HUMALOG MIX 75/25	74	<i>icosapent ethyl</i>	14
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	74	IDHIFA	59
HUMATIN	48	IGALMI	44
HUMIRA	35	ILARIS	33
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	35	ILEVRO	39
HUMIRA PEN	35	<i>imatinib mesylate</i>	61
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	35	IMBRUVICA	61
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	35	<i>imipenem/cilastatin</i>	50
HUMULIN 70/30	74	<i>imipramine hcl</i>	55
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	74	<i>imipramine hydrochloride</i>	55
HUMULIN N	74	<i>imiquimod</i>	21
HUMULIN N KWIKPEN	74	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	37
HUMULIN R	74	IMPAVIDO	48
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	74	INBRIJA	10
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	74	<i>incassia</i>	30
<i>hydralazine hcl</i>	15	INCRELEX	25
<i>hydralazine hydrochloride</i>	15	INCRUSE ELLIPTA	43
<i>hydrochlorothiazide</i>	15	<i>indapamide</i>	15
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	46	<i>indomethacin</i>	47
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	46	<i>indomethacin er</i>	47
<i>hydrocortisone</i>	16	INFANRIX	37
<i>hydrocortisone</i>	22	INFLECTRA	36
<i>hydrocortisone</i>	31	INFLIXIMAB	36
<i>hydrocortisone valerate</i>	22	INGREZZA	19
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	45	INLYTA	61
		INQOVI	61
		INREBIC	59
		<i>insulin lispro</i>	74

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
INTELENCE	68	JULUCA	68
INTRON A	34	<i>junel 1.5/30</i>	27
<i>introvale</i>	27	<i>junel 1/20</i>	27
INVEGA HAFYERA	65	<i>junel fe 1.5/30</i>	27
INVEGA SUSTENNA	65	<i>junel fe 1/20</i>	27
INVEGA TRINZA	65	JYLAMVO	36
INVIRASE	66	JYNNEOS	37
IPOLE INACTIVATED IPV	37	KALYDECO	41
<i>ipratropium bromide</i>	43	KANJINTI	58
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	41	KANUMA	75
<i>irbesartan</i>	13	<i>kariva</i>	27
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>kelnor 1/35</i>	27
ISENTRESS	67	<i>kelnor 1/50</i>	27
ISENTRESS HD	67	KEPIVANCE	20
ISONIAZID	57	KERENDIA	12
<i>isosorbide dinitrate</i>	15	KESIMPTA	17
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	12	<i>ketoconazole</i>	57
<i>hydrochloride</i>		<i>ketorolac tromethamine</i>	39
<i>isosorbide mononitrate</i>	15	<i>ketorolac tromethamine</i>	47
<i>isosorbide mononitrate er</i>	15	<i>kimidess</i>	28
<i>isotretinoin</i>	21	KINERET	33
<i>isradipine</i>	11	KINRIX	37
ISTURISA	32	<i>kionex</i>	69
<i>itraconazole</i>	57	KISQALI	62
<i>ivabradine hydrochloride</i>	12	KISQALI FEMARA 200 DOSE	59
<i>ivermectin</i>	63	KISQALI FEMARA 400 DOSE	59
IWILFIN	59	KISQALI FEMARA 600 DOSE	59
IXCHIQ	37	<i>klayesta</i>	57
IXIARO	37	KLISYRI	21
<i>jaimiess</i>	27	<i>klor-con</i>	70
JAKAFI	61	<i>klor-con 10</i>	70
<i>jantoven</i>	71	<i>klor-con 8</i>	70
JANUMET	73	<i>klor-con m10</i>	70
JANUMET XR	73	<i>klor-con m15</i>	70
JANUVIA	73	<i>klor-con m20</i>	70
JARDIANCE	73	<i>klor-con sprinkle</i>	70
JAVYGTOR	75	<i>klor-con/ef</i>	70
JAYPIRCA	61	KORLYM	30
<i>jencycla</i>	30	KOSELUGO	62
JENTADUETO	73	<i>kourzeq</i>	20
JENTADUETO XR	73	KRAZATI	59
<i>jinteli</i>	27	<i>kurvelo</i>	28
<i>jolessa</i>	27	KYNMOBI	10
<i>jolivette</i>	30	KYNMOBI TITRATION KIT	10
JUBLIA	57	<i>labetalol hydrochloride</i>	11

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>lacosamide</i>	53	LEVEMIR FLEXPEN	74
<i>lactulose</i>	23	LEVEMIR FLEXTOUCH	74
LAGEVRIO	44	<i>levetiracetam</i>	53
<i>lamivudine</i>	68	<i>levetiracetam er</i>	53
<i>lamivudine</i>	69	<i>levobunolol hcl</i>	38
<i>lamivudine/zidovudine</i>	68	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	42
<i>lamotrigine</i>	53	<i>levofloxacin</i>	39
<i>lamotrigine er</i>	53	<i>levofloxacin</i>	51
<i>lamotrigine odt</i>	53	<i>levofloxacin in d5w</i>	51
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	53	<i>levonest</i>	28
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	53	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	28
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	53	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	28
<i>lamotrigine titration</i>	53	<i>levora 0.15/30-28</i>	28
LANREOTIDE ACETATE	32	LEVO-T	31
<i>lansoprazole</i>	24	<i>levothyroxine sodium</i>	31
LANTUS	74	LEVOXYL	31
LANTUS SOLOSTAR	74	LEXIVA	66
<i>lapatinib ditosylate</i>	62	<i>l-glutamine</i>	75
<i>larin 1.5/30</i>	28	LIBERVANT	52
<i>larin 1/20</i>	28	<i>lidocaine</i>	47
<i>larin fe 1.5/30</i>	28	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	20
<i>larin fe 1/20</i>	28	<i>lidocaine viscous</i>	20
<i>larissia</i>	28	<i>lidocaine/prilocaine</i>	47
<i>latanoprost</i>	40	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	47
LAZCLUZE	59	<i>lillow</i>	28
<i>leflunomide</i>	36	<i>linezolid</i>	48
<i>lenalidomide</i>	58	LINZESS	23
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	62	<i>liothyronine sodium</i>	31
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	62	<i>lisinopril</i>	15
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	62	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	62	<i>lithium</i>	40
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	62	<i>lithium carbonate</i>	40
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	62	<i>lithium carbonate er</i>	40
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	62	LIVALO	14
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	62	LIVMARLI	44
<i>lessina</i>	28	LIVTENCITY	67
<i>letrozole</i>	60	<i>lojaimiess</i>	28
<i>leucovorin calcium</i>	60	LOKELMA	69
LEUKERAN	58	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	43
<i>leuprolide acetate</i>	32	LONSURF	59
<i>levabuterol</i>	44	<i>loperamide hcl</i>	23
<i>levabuterol hcl</i>	43	<i>lopinavir/ritonavir</i>	66
<i>levabuterol hydrochloride</i>	44	<i>lopreeza</i>	28
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	44	LOQTORZI	58
LEVEMIR	74	<i>lorazepam</i>	48

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>lorazepam intensol</i>	48	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	30
LORBRENA	62	<i>mefloquine hcl</i>	64
<i>lorcet</i>	46	<i>megestrol acetate</i>	30
<i>lorcet hd</i>	46	MEKINIST	62
<i>lorcet plus</i>	46	MEKTOVI	62
<i>losartan potassium</i>	13	<i>meloxicam</i>	47
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>memantine hcl titration pak</i>	9
LOTEMAX SM	39	<i>memantine hydrochloride</i>	9
<i>lovastatin</i>	14	<i>memantine hydrochloride er</i>	9
<i>low-ogestrel</i>	28	MENACTRA	37
<i>loxapine</i>	64	MENEST	28
<i>lubiprostone</i>	23	MENQUADFI	37
LUMAKRAS	59	MENVEO	37
LUMIGAN	40	<i>mercaptopurine</i>	59
LUMIZYME	75	<i>meropenem</i>	50
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	32	<i>mesalamine</i>	16
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	32	<i>mesalamine dr</i>	16
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	32	<i>mesalamine er</i>	16
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	32	MESNEX	60
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	32	<i>metformin hydrochloride</i>	73
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	32	<i>metformin hydrochloride er</i>	73
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	25	<i>methadone hcl</i>	45
<i>lurasidone hydrochloride</i>	65	<i>methadone hydrochloride</i>	45
<i>luteru</i>	28	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	45
LYBALVI	65	<i>methazolamide</i>	38
<i>lyleq</i>	30	<i>methenamine hippurate</i>	48
<i>lyllana</i>	28	<i>methimazole</i>	32
LYNPARZA	62	<i>methocarbamol</i>	75
LYSODREN	32	<i>methotrexate</i>	36
LYTGOBI	59	<i>methotrexate sodium</i>	36
LYUMJEV	74	<i>methsuximide</i>	52
LYUMJEV KWIKPEN	74	<i>methyl dopa</i>	13
<i>lyza</i>	30	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	19
<i>magnesium sulfate</i>	70	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	19
<i>malathion</i>	23	<i>methylprednisolone</i>	31
<i>maprotiline hcl</i>	54	<i>methylprednisolone dose pack</i>	31
<i>maraviroc</i>	66	<i>metoclopramide hcl</i>	24
<i>marlissa</i>	28	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	24
MARPLAN	54	<i>metolazone</i>	15
MATULANE	58	<i>metoprolol succinate er</i>	11
<i>matzim la</i>	12	<i>metoprolol tartrate</i>	11
MAVYRET	67	<i>metronidazole</i>	21
MAYZENT	17	<i>metronidazole</i>	49
MAYZENT STARTER PACK	17	<i>metronidazole vaginal</i>	48
<i>meclizine hcl</i>	56	<i>metyrosine</i>	12

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>mexiletine hcl</i>	13	<i>nabumetone</i>	47
<i>microgestin 1.5/30</i>	28	<i>nadolol</i>	11
<i>microgestin 1/20</i>	28	<i>nafcillin sodium</i>	50
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	28	NAGLAZYME	75
<i>microgestin fe 1/20</i>	28	<i>naloxone hcl</i>	40
<i>midodrine hcl</i>	13	<i>naloxone hydrochloride</i>	40
<i>mifepristone</i>	30	<i>naltrexone hcl</i>	40
<i>miglustat</i>	75	NAMZARIC	9
<i>mili</i>	28	<i>naproxen</i>	47
<i>mimvey</i>	28	<i>naproxen dr</i>	47
<i>mimvey lo</i>	28	<i>naproxen sodium</i>	47
<i>minocycline hcl</i>	51	<i>naratriptan hcl</i>	9
<i>minocycline hydrochloride</i>	51	NATACYN	39
<i>minoxidil</i>	15	<i>nateglinide</i>	73
<i>mirtazapine</i>	54	NAYZILAM	53
<i>mirtazapine odt</i>	54	<i>nebivolol</i>	11
<i>misoprostol</i>	24	<i>nebivolol hydrochloride</i>	11
M-M-R II	37	<i>necon 0.5/35-28</i>	28
<i>modafinil</i>	20	<i>necon 7/7/7</i>	28
<i>moexipril hcl</i>	15	<i>nefazodone hydrochloride</i>	55
<i>molindone hydrochloride</i>	64	<i>neomycin sulfate</i>	48
<i>mometasone furoate</i>	22	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	38
<i>mometasone furoate</i>	42	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	38
<i>mondoxyne nl</i>	51	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	38
<i>mono-lynyah</i>	28	<i>one</i>	
<i>mononessa</i>	28	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	38
<i>montelukast sodium</i>	43	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	39
<i>morgidox 1x100mg</i>	51	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	45
<i>morgidox 2x100mg</i>	51	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	45
<i>morphine sulfate</i>	46	<i>neo-polycin</i>	38
<i>morphine sulfate er</i>	46	<i>neo-polycin hc</i>	38
MOTTEGRITY	23	NERLYNX	62
MOUNJARO	73	NEULASTA	72
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	51	NEULASTA ONPRO KIT	72
<i>hydrochloride</i>		NEUPRO	10
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	39	<i>nevirapine</i>	68
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	51	<i>nevirapine er</i>	68
MRESVIA	37	NEXLETOL	14
MULTAQ	13	NEXLIZET	14
<i>mupirocin</i>	23	<i>niacin er</i>	14
<i>mycophenolate mofetil</i>	36	NICOTROL NS	40
<i>mycophenolic acid dr</i>	36	<i>nifedipine er</i>	11
<i>myorisan</i>	21	<i>nilutamide</i>	58
MYRBETRIQ	25	<i>nimodipine</i>	11
NABI-HB	34	NINLARO	59

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>nitazoxanide</i>	64	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	75
<i>nitisinone</i>	75	FLEXPEN RELION	
NITRO-BID	15	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	75
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	49	NOVOLOG PENFILL	75
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	49	NOVOLOG RELION	75
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	49	<i>np thyroid 120</i>	31
<i>nitroglycerin</i>	15	<i>np thyroid 15</i>	31
<i>nitroglycerin</i>	24	<i>np thyroid 30</i>	31
<i>nitroglycerin transdermal</i>	15	<i>np thyroid 60</i>	31
NIVA THYROID	31	<i>np thyroid 90</i>	31
<i>nizatidine</i>	24	NUBEQA	58
<i>nora-be</i>	30	NUCALA	41
<i>norethindrone</i>	30	NUEDEXTA	19
<i>norethindrone acetate</i>	30	NUPLAZID	65
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	28	NURTEC	10
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	28	NUTRILIPID	44
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	28	<i>nyamyc</i>	57
<i>norlyda</i>	30	<i>nylia 1/35</i>	29
<i>norlyroc</i>	30	<i>nylia 7/7/7</i>	29
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	28	NYMALIZE	11
<i>nortrel 1/35</i>	29	<i>nymyo</i>	29
<i>nortrel 7/7/7</i>	29	<i>nystatin</i>	57
<i>nortriptyline hcl</i>	55	<i>nystatin/triamcinolone</i>	21
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	55	<i>nystatin/triamcinolone acetamide</i>	21
NORVIR	66	<i>nystop</i>	57
NOVOLIN 70/30	74	OCREVUS	17
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	74	OCREVUS ZUNOVO	17
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	74	<i>octreotide acetate</i>	32
NOVOLIN 70/30 RELION	74	ODEFSEY	68
NOVOLIN N	74	ODOMZO	62
NOVOLIN N FLEXPEN	74	OFEV	41
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	74	<i>ofloxacin</i>	39
NOVOLIN N RELION	74	<i>ofloxacin</i>	45
NOVOLIN R	74	OGSIVEO	59
NOVOLIN R FLEXPEN	74	OJEMDA	62
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	74	OJJAARA	62
NOVOLIN R RELION	74	<i>olanzapine</i>	65
NOVOLOG	75	<i>olanzapine odt</i>	65
NOVOLOG FLEXPEN	75	<i>olmesartan medoxomil</i>	13
NOVOLOG FLEXPEN RELION	75	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12
NOVOLOG MIX 70/30	75	<i>olopatadine hcl</i>	38
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	75	<i>olopatadine hydrochloride</i>	38
FLEXPEN		<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14
		<i>omeprazole</i>	24
		<i>omeprazole dr</i>	24

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT (GEN 5)	44	<i>oxybutynin chloride</i>	25
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	44	<i>oxybutynin chloride er</i>	25
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	44	<i>oxycodone hydrochloride</i>	46
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	44	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	46
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	44	OZEMPIC	73
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	45	PACERONE	13
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	45	<i>paliperidone er</i>	65
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	45	PANRETIN	63
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	45	<i>pantoprazole sodium</i>	24
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	45	PANZYGA	34
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	45	<i>paricalcitol</i>	16
<i>ondansetron hcl</i>	56	<i>paroex</i>	20
<i>ondansetron hydrochloride</i>	56	<i>paromomycin sulfate</i>	48
<i>ondansetron odt</i>	56	<i>paroxetine hcl</i>	55
ONUREG	59	<i>paroxetine hydrochloride</i>	55
OPDUALAG	60	PASER	57
OPSUMIT	42	PAXLOVID	45
<i>oralone dental paste</i>	20	<i>pazopanib hydrochloride</i>	62
ORENCIA	33	PEDIARIX	37
ORENCIA	36	PEDVAX HIB	37
ORENCIA CLICKJECT	33	<i>peg 3350/electrolytes</i>	24
ORENITRAM	42	<i>peg-3350/electrolytes</i>	24
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	42	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	24
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	42	PEGANONE	53
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	42	PEGASYS	34
ORGOVYX	32	<i>pegylax</i>	23
ORKAMBI	41	PEMAZYRE	59
<i>orphenadrine citrate er</i>	75	PENBRAYA	37
ORSERDU	59	<i>penicillamine</i>	25
<i>orsythia</i>	29	<i>penicillin g sodium</i>	50
<i>oseltamivir phosphate</i>	67	<i>penicillin v potassium</i>	50
OSMOLEX ER	10	PENTACEL	37
OSPHENA	26	<i>pentamidine isethionate</i>	64
OTEZLA	21	<i>pentoxifylline er</i>	12
OTEZLA	33	<i>perindopril erbumine</i>	15
<i>oxacillin sodium</i>	50	<i>permethrin</i>	23
<i>oxaprozin</i>	47	<i>perphenazine</i>	64
OXBRYTA	72	PERSERIS	65
<i>oxcarbazepine</i>	53	<i>phenadoz</i>	56
OXLUMO	45	<i>phenelzine sulfate</i>	54
		<i>phenobarbital</i>	52
		PHENYTEK	53
		<i>phenytoin</i>	53
		<i>phenytoin infatabs</i>	53
		<i>phenytoin sodium extended</i>	53

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
PHEGO	59	<i>premium lidocaine</i>	47
<i>philit</i>	29	PREMPHASE	29
PIFELTRO	68	PREMPRO	29
<i>pilocarpine hcl</i>	38	<i>prenatal</i>	71
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	20	<i>prevalite</i>	14
<i>pimozide</i>	64	<i>previfem</i>	29
<i>pimtree</i>	29	PREVYMIS	67
<i>pindolol</i>	11	PREZCOBIX	66
<i>pioglitazone hcl</i>	73	PREZISTA	66
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	73	PRIFTIN	57
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	73	<i>primaquine phosphate</i>	64
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	50	<i>primidone</i>	52
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	62	PRIORIX	37
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	62	PRIVIGEN	34
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	62	PROAIR RESPICLICK	44
<i>pirfenidone</i>	41	<i>probenecid</i>	16
<i>pirmella 1/35</i>	29	<i>probenecid/colchicine</i>	16
<i>pirmella 7/7/7</i>	29	<i>prochlorperazine</i>	56
<i>piroxicam</i>	47	<i>prochlorperazine edisylate</i>	56
<i>pitavastatin calcium</i>	14	<i>prochlorperazine maleate</i>	56
PLENAMINE	70	PROCRIT	72
<i>podofilox</i>	21	<i>procto-med hc</i>	16
<i>polycin</i>	39	<i>proctosol hc</i>	16
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	39	<i>proctozone-hc</i>	16
POMALYST	58	<i>progesterone</i>	30
<i>portia-28</i>	29	PROGRAF	36
<i>posaconazole</i>	57	PROLASTIN-C	75
<i>posaconazole dr</i>	57	PROLENSA	40
<i>potassium chloride</i>	71	PROLIA	16
<i>potassium chloride er</i>	70	PROMACTA	72
<i>potassium chloride sr</i>	71	<i>promethazine hcl</i>	56
<i>potassium citrate er</i>	71	<i>promethazine hydrochloride</i>	56
PRALUENT	14	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	56
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10	<i>promethegan</i>	56
<i>prasugrel hydrochloride</i>	71	<i>propafenone hcl</i>	13
<i>pravastatin sodium</i>	14	<i>propafenone hydrochloride</i>	13
<i>praziquantel</i>	63	<i>propafenone hydrochloride er</i>	13
<i>prazosin hydrochloride</i>	10	<i>propranolol hcl</i>	11
<i>prednisolone</i>	31	<i>propranolol hcl er</i>	11
<i>prednisolone acetate</i>	39	<i>propranolol hydrochloride</i>	11
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	31	<i>propranolol hydrochloride er</i>	11
<i>prednisone</i>	31	<i>propylthiouracil</i>	32
<i>pregabalin</i>	18	PROQUAD	37
PREHEVBRIO	37	<i>protriptyline hcl</i>	55
PREMARIN	29	PULMOZYME	41

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
PURIXAN	59	REVLIMID	58
<i>pyrazinamide</i>	57	REXULTI	65
<i>pyridostigmine bromide</i>	10	REYATAZ	66
<i>pyrimethamine</i>	64	REZLIDHIA	62
PYRUKYND	72	REZUROCK	36
PYRUKYND TAPER PACK	72	RHOPRESSA	38
QINLOCK	58	<i>ribavirin</i>	67
QUADRACEL	37	<i>rifabutin</i>	56
<i>quetiapine fumarate</i>	65	<i>rifampin</i>	57
<i>quetiapine fumarate er</i>	65	<i>riluzole</i>	20
<i>quinapril hydrochloride</i>	15	RINVOQ	33
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	12	RINVOQ LQ	33
<i>quinidine sulfate</i>	13	<i>risedronate sodium</i>	16
<i>quinine sulfate</i>	64	<i>risedronate sodium dr</i>	16
QULIPTA	10	RISPERDAL CONSTA	65
QVAR REDIHALER	43	<i>risperidone</i>	66
RABAVERT	37	<i>risperidone er</i>	65
<i>rabeprazole sodium</i>	24	<i>risperidone odt</i>	66
<i>raloxifene hydrochloride</i>	26	<i>ritonavir</i>	66
<i>ramelteon</i>	20	<i>rivastigmine tartrate</i>	9
<i>ramipril</i>	15	<i>rivastigmine transdermal system</i>	9
<i>ranolazine er</i>	12	<i>rivelsa</i>	29
<i>rasagiline mesylate</i>	10	<i>rizatriptan benzoate</i>	9
RAYALDEE	16	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9
REBETOL	67	ROCKLATAN	39
REBIF	17	<i>roflumilast</i>	44
REBIF REBIDOSE	17	ROLVEDON	72
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17	<i>ropinirole er</i>	10
REBIF TITRATION PACK	17	<i>ropinirole hcl</i>	10
RECOMBIVAX HB	37	<i>ropinirole hydrochloride</i>	10
RECTIV	24	<i>rosadan</i>	21
RELENZA DISKHALER	67	<i>rosuvastatin calcium</i>	14
RELISTOR	23	ROTARIX	37
REMICADE	36	ROTATEQ	37
RENFLEXIS	36	<i>roweepira</i>	53
<i>repaglinide</i>	73	<i>roweepira xr</i>	53
REPATHA	14	ROZLYTREK	62
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14	RUBRACA	62
REPATHA SURECLICK	14	<i>rufinamide</i>	53
RESTASIS	39	RUKOBIA	66
RESTASIS MULTIDOSE	39	RUXIENCE	58
RETACRIT	72	RYBELSUS	73
RETEVMO	59	RYDAPT	62
RETROVIR IV INFUSION	68	RYTARY	10
REVCOVI	76	<i>sajazir</i>	34

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
SANDIMMUNE	36	SOLTAMOX	58
SANTYL	21	SOMATULINE DEPOT	32
SAPHNELO	33	SOMAVERT	32
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	76	<i>sorafenib</i>	62
SAVELLA	18	<i>sorafenib tosylate</i>	62
SAVELLA TITRATION PACK	18	<i>sorine</i>	13
SCSEMBLIX	60	<i>sotalol hcl</i>	14
<i>scopolamine</i>	56	<i>sotalol hydrochloride</i>	14
SECUADO	66	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14
<i>selegiline hcl</i>	10	SOTYKTU	21
<i>selenium sulfide</i>	22	SPEVIGO	22
SELZENTRY	66	SPIRIVA HANDIHALER	43
SEREVENT DISKUS	44	SPIRIVA RESPIMAT	43
<i>sertraline hcl</i>	55	<i>spironolactone</i>	14
<i>sertraline hydrochloride</i>	55	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>setlakin</i>	29	SPRAVATO 56MG DOSE	54
<i>sevelamer carbonate</i>	69	SPRAVATO 84MG DOSE	54
SFROWASA	16	<i>sprintec 28</i>	29
<i>sharobel</i>	30	SPRITAM	53
SHINGRIX	37	SPRYCEL	62
SIGNIFOR	32	<i>sps</i>	69
SIGNIFOR LAR	32	<i>sronyx</i>	29
<i>sildenafil citrate</i>	42	<i>ssd</i>	21
<i>silodosin</i>	25	STAMARIL	37
<i>silver sulfadiazine</i>	21	<i>stavudine</i>	69
SIMBRINZA	39	STELARA	33
<i>simliya</i>	29	STIOLTO RESPIMAT	41
<i>simpesse</i>	29	STIVARGA	62
<i>simvastatin</i>	14	STRENSIQ	76
<i>sirolimus</i>	36	<i>streptomycin sulfate</i>	48
SIRTURO	57	STRIBILD	68
SKYCLARYS	45	<i>subvenite</i>	53
SKYRIZI	33	<i>subvenite starter kit/blue</i>	53
SKYRIZI PEN	33	<i>subvenite starter kit/green</i>	53
<i>sodium chloride</i>	71	<i>subvenite starter kit/orange</i>	53
<i>sodium chloride 0.45%</i>	71	SUCRAID	76
<i>sodium chloride 0.9%</i>	45	<i>sucrafate</i>	24
<i>sodium oxybate</i>	20	<i>sulfacetamide sodium</i>	39
<i>sodium phenylbutyrate</i>	76	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	39
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	69	<i>phosphate</i>	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	24	<i>sulfadiazine</i>	51
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	67	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	51
<i>solifenacin succinate</i>	25	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	51
SOLQUA 100/33	73	<i>sulfasalazine</i>	16
		<i>sulindac</i>	47

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>sumatriptan</i>	9	<i>testosterone</i>	26
<i>sumatriptan succinate</i>	9	<i>testosterone cypionate</i>	26
<i>sunitinib malate</i>	62	<i>testosterone enanthate</i>	26
SUNLENCA	66	<i>testosterone pump</i>	26
SUTAB	24	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	37
SYMPAZAN	52	<i>tetrabenazine</i>	20
SYMTUZA	66	<i>tetracycline hydrochloride</i>	51
SYNAGIS	34	TEVIMBRA	58
SYNJARDY	73	THALOMID	58
SYNJARDY XR	73	<i>theophylline er</i>	44
SYNRIBO	60	<i>thioridazine hcl</i>	64
SYNTHROID	31	<i>thiothixene</i>	64
TABLOID	59	THYROID	31
TABRECTA	58	THYROLAR-1	31
<i>tacrolimus</i>	22	THYROLAR-1/2	31
<i>tacrolimus</i>	36	THYROLAR-1/4	31
<i>tadalafil</i>	25	THYROLAR-2	31
<i>tadalafil</i>	42	THYROLAR-3	31
TAFINLAR	62	<i>tiadylt er</i>	12
TAGRISO	62	<i>tiagabine hydrochloride</i>	52
TALZENNA	62	TIBSOVO	63
<i>tamoxifen citrate</i>	58	TICOVAC	37
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	25	<i>timolol maleate</i>	38
<i>tarina fe 1/20</i>	29	<i>tinidazole</i>	49
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	29	<i>tiotropium bromide</i>	43
TASIGNA	62	TIVICAY	68
<i>tazarotene</i>	21	TIVICAY PD	68
TAZICEF	49	<i>tizanidine hcl</i>	9
<i>taztia xt</i>	12	<i>tizanidine hydrochloride</i>	9
TAZVERIK	60	TOBI PODHALER	41
TDVAX	37	TOBRADEX	39
TEFLARO	49	TOBRADEX ST	39
TEGSEDI	76	<i>tobramycin</i>	39
<i>telmisartan</i>	13	<i>tobramycin</i>	41
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>tobramycin sulfate</i>	48
<i>temazepam</i>	20	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	39
TEMIXYS	69	<i>tolazamide</i>	73
TENIVAC	37	<i>tolterodine tartrate</i>	25
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	69	<i>tolterodine tartrate er</i>	25
TEPMETKO	62	<i>topiramate</i>	54
<i>terazosin hcl</i>	11	<i>topotecan hcl</i>	60
<i>terazosin hydrochloride</i>	11	<i>topotecan hydrochloride</i>	60
<i>terbinafine hcl</i>	57	<i>toremifene citrate</i>	58
<i>terconazole</i>	57	<i>torpenz</i>	63
<i>teriparatide</i>	16		

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>torse mide</i>	15	TRIUMEQ PD	69
TOUJEO MAX SOLOSTAR	75	<i>trivora-28</i>	29
TOUJEO SOLOSTAR	75	<i>tri-vylibra</i>	29
TRADJENTA	73	TRIZIVIR	69
<i>tramadol hydrochloride</i>	46	TROGARZO	66
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	46	<i>trospium chloride</i>	25
<i>trandolapril</i>	15	<i>trospium chloride er</i>	25
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13	TRULICITY	73
<i>tranexamic acid</i>	71	TRUMENBA	37
<i>tranylcypromine sulfate</i>	54	TRUQAP	63
TRAZIMERA	58	TRUSELTIQ	60
<i>trazodone hydrochloride</i>	55	TUKYSA	60
TRECTOR	57	<i>tulana</i>	30
TRELEGY ELLIPTA	41	TURALIO	63
TRELSTAR MIXJECT	32	<i>turqoz</i>	29
TRESIBA	75	TWINRIX	37
TRESIBA FLEXTOUCH	75	TYBOST	66
<i>tretinoin</i>	21	TYMLOS	16
<i>tretinoin</i>	63	TYPHIM VI	37
<i>tri femynor</i>	29	TYRVAYA	45
<i>triamcinolone acetonide</i>	22	TYSABRI	17
<i>triamcinolone acetonide</i>	31	UBRELVY	10
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	20	UDENYCA	72
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13	UDENYCA ONBODY	72
<i>triderm</i>	22	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	45
<i>trientine hydrochloride</i>	69	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	45
<i>tri-estarylla</i>	29	UNITHROID	31
<i>trifluoperazine hcl</i>	64	<i>urea</i>	21
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	64	<i>ursodiol</i>	24
<i>trifluridine</i>	39	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	67
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10	VALCHLOR	58
TRIJARDY XR	73	<i>valganciclovir</i>	67
TRIKAFTA	41	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	67
<i>tri-linyah</i>	29	<i>valproic acid</i>	40
<i>trilyte</i>	24	<i>valsartan</i>	13
<i>trimethoprim</i>	49	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>tri-mili</i>	29	VALTOCO 10 MG DOSE	52
<i>trimipramine maleate</i>	55	VALTOCO 15 MG DOSE	52
<i>trinessa</i>	29	VALTOCO 20 MG DOSE	52
TRINTELLIX	56	VALTOCO 5 MG DOSE	52
<i>tri-nymyo</i>	29	<i>vancomycin hcl</i>	49
<i>tri-previfem</i>	29	<i>vancomycin hydrochloride</i>	49
TRIPTODUR	32	VANFLYTA	63
<i>tri-sprintec</i>	29	VAQTA	38
TRIUMEQ	69	<i>varenicline starting month box</i>	40

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>varenicline tartrate</i>	40	VORANIGO	63
VARIVAX	38	<i>voriconazole</i>	57
VARIZIG	34	VOSEVI	67
VAXCHORA	38	VOTRIENT	63
VAXELIS	38	VOWST	24
VELPHORO	69	VRAYLAR	66
VELTASSA	69	VUMERITY	17
VENCLEXTA	63	<i>vyfemla</i>	29
VENCLEXTA STARTING PACK	63	VYJUVEK	45
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	56	<i>vylibra</i>	29
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	56	VYNDAMAX	13
VENTAVIS	42	VYVGART HYTRULO	34
VEOPOZ	34	VYZULTA	40
<i>verapamil hcl</i>	12	<i>warfarin sodium</i>	71
<i>verapamil hcl er</i>	12	WELIREG	63
<i>verapamil hcl sr</i>	12	<i>wera</i>	29
<i>verapamil hydrochloride</i>	12	<i>wixela inhub</i>	41
<i>verapamil hydrochloride er</i>	12	XALKORI	63
VERQUVO	15	XARELTO	72
VERSACLOZ	64	XARELTO STARTER PACK	72
VERZENIO	63	XATMEP	36
V-GO 20	45	XCOPRI	54
V-GO 30	45	XELJANZ	34
V-GO 40	45	XELJANZ XR	34
<i>vicodin hp</i>	46	XEMBIFY	34
VIDEX EC	69	XERMELO	23
VIDEX PEDIATRIC	69	XGEVA	16
<i>vienna</i>	29	XIFAXAN	24
<i>vigabatrin</i>	52	XIGDUO XR	73
<i>vigadrone</i>	52	XIIDRA	39
VIGAFYDE	52	XOFLUZA	67
<i>vigpoder</i>	52	XOLAIR	34
VIIBRYD STARTER PACK	56	XOLREMDI	72
<i>vilazodone hydrochloride</i>	56	XOSPATA	63
VIMIZIM	76	XPOVIO	60
<i>viorele</i>	29	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	60
VIRACEPT	66	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	60
VIREAD	69	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	60
VISTOGARD	45	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	60
VITRAKVI	63	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	60
VIVITROL	40	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	60
VIZIMPRO	63	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	60
VOCABRIA	68	XTAMPZA ER	46
<i>volnea</i>	29	XTANDI	58
VONJO	60	<i>yargesa</i>	76

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
YF-VAX	38
YUFLYMA 1-PEN KIT	36
YUFLYMA 2-PEN KIT	36
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	36
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	36
YUPELRI	43
<i>yuvafem</i>	30
<i>zafirlukast</i>	43
<i>zaleplon</i>	20
ZARXIO	72
ZEJULA	63
ZELBORAF	63
<i>zenatane</i>	21
ZENPEP	76
ZEPOSIA	17
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	18
ZEPOSIA STARTER KIT	18
<i>zidovudine</i>	69
<i>ziprasidone hcl</i>	66
<i>ziprasidone mesylate</i>	66
ZIRGAN	39
ZOKINVY	76
ZOLINZA	60
<i>zolmitriptan</i>	9
<i>zolpidem tartrate</i>	20
<i>zolpidem tartrate er</i>	20
ZONISADE	53
<i>zonisamide</i>	53
<i>zovia 1/35</i>	30
<i>zovia 1/35e</i>	30
ZTALMY	20
ZURZUVAE	54
ZYDELIG	63
ZYKADIA	63
ZYLET	39
ZYPREXA RELPREVV	66

ID de formulario: 24083, Versión: 17, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

Esta lista de medicamentos se actualizó el 10/01/2024. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar [www.SeniorCarePlus.com](http://www.SeniorCarePlus.com).

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.

La lista de medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 775-982-3112 or toll-free at 888-775-7003. TTY users should call the State Relay Service at 711. We are available Monday through Sunday, 8:00 am to 8:00 pm.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente de Senior Care Plus al 775-982-3112 o al número gratuito al 888-775-7003. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión del Estado al 711. Estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm.