



A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Formulario 2025 de Senior Care Plus (Lista de medicamentos cubiertos)

LEER LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de presentación del archivo del formulario aprobado por el Sistema de Gestión de Plan de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 25381 Versión número: 12

Este formulario se actualizó el 04/01/2025. 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 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.

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.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. Llame al 775-982-3112 o de forma gratuita al 888-775-7003 (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.

ATENCIÓN: Si habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles 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 de atención 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.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto feriados) del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Nota para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos 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 usted 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 medicamentos (formulario) 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 medicamentos (formulario) para nuestro plan que entró en vigencia el 05/01/2025. Para obtener el formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Generalmente, debe utilizar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Senior Care Plus?

El formulario es una lista con medicamentos cubiertos seleccionados por Senior Care Plus en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, Senior Care Plus cubrirá las medicamentos incluidos en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento se considere médicamente necesario, 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 el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1.º de enero, pero Senior Care Plus podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, cambiarlos 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:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podremos quitar un medicamento de marca inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo 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 al Formulario de Senior Care Plus?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos el medicamento de nuestro formulario de inmediato y les enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico nuevo para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada en relación con un medicamento, o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los

miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que este entre en vigencia, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro para 30 días del medicamento.

- 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 al Formulario de Senior Care Plus?”.

Cambios que no lo afectarán si en la actualidad está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento que está en nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, salvo por lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros 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 medicamentos del año de beneficios nuevo para ver los cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto entra en vigencia el 05/01/2025. 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 el Formulario?

Existen dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 9. Los medicamentos de este formulario 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 medicamento, 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 medicamento, debe buscarlo en el Índice que comienza en la página 75. 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 Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los 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 medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando 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 el formulario 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 al Formulario de Senior Care Plus?” en la página 4 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta sin receta (OTC)?

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

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

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

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

- Puede solicitarle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Senior Care Plus. Cuando reciba la lista, muéstresela 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 al Formulario de Senior Care Plus?

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

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no se encuentre en nuestro formulario. 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 del formulario 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 el formulario del plan, el medicamento de costo compartido 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 al formulario o a las restricciones de utilización. **Cuando solicita una excepción al formulario o a las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de parte de su médico o la persona que le 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 de la persona que le 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 otra persona 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 nuestro formulario. O bien, quizás esté tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, 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 al formulario 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 miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario 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 estos medicamentos, aunque haya sido un miembro 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 nuestro formulario 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 al formulario.

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 el Formulario 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 un medicamento que no se encuentre en el Formulario.

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 un medicamento que no se encuentre en el Formulario. Se proporcionará un suministro adicional para hasta 31 días para permitir el procesamiento de una reclamación por un medicamento que no se encuentra en el Formulario.

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 el formulario 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>.

Formulario de Senior Care Plus

El formulario que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Senior Care Plus. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 75.

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 del medicamento, indica que el medicamento pertenece a la Parte D frente a la Parte B solo con autorización previa.

El símbolo **PA** o **PA NSO**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que requiera autorización previa (Prior Authorization, PA). PA NSO significa que la autorización previa solo se aplica a los medicamentos que se recetan por primera vez; **NSO** = Solo para nuevos medicamentos recetados. El símbolo **QL**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que haya un límite en las cantidades suministradas. El símbolo **ST** o **STO NSO**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que requiera terapia escalonada. ST NSO significa que la terapia escalonada solo se aplica a los medicamentos que se recetan por primera vez; **NSO** = Solo para nuevos medicamentos recetados. El símbolo **NDS**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que se aplique un suministro de días no extendido.

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.

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

NIVEL						
1	2	3	4	5	6	
Genéricos preferidos	Genéricos no preferidos	De marca preferidos	No preferidos	Especializados	De atención médica seleccionados	
PLANES HMO						
Essential 012	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
Select 018	\$0	\$0	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
Complete 019	\$2	\$8	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
Renown Preferred 023	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
Extensive Duals (D-SNP) 024	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$12.15	De \$0 a \$12.15	Coseguro del 33 %	\$0
Enriched Duals (D-SNP) 026	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$12.15	De \$0 a \$12.15	Coseguro del 33 %	\$0
Washoe County EGWP (803)	\$2	\$8	\$41 Insulinas seleccionadas: \$35	\$94	Coseguro del 33 %	\$0

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

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER TABLET ER 24 HOUR THERAPY PACK	4	PA
OSMOLEX ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129MG, 193MG	4	PA
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	2	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>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 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<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</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg, 90mg</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</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, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	6	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>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	
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>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	4	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>ranolazine er</i>	3	
<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
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	
METHYLDOPA TABLET 250MG, 500MG	4	
<i>midodrine hydrochloride</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	6	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	6	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>losartan potassium tablet</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	6	
<i>telmisartan</i>	6	
<i>valsartan tablet</i>	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	4	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	6	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
<i>lovastatin tablet</i>	6	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>pravastatin sodium</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	6	
<i>simvastatin tablet</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	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
TRYNGOLZA	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>triamterene capsule</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>torsemide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet</i>	6	
<i>captopril tablet</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet</i>	6	
<i>fosinopril sodium</i>	6	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>lisinopril tablet</i>	6	
<i>moexipril hydrochloride</i>	6	
<i>perindopril erbumine</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	
<i>ramipril</i>	6	
<i>trandolapril</i>	6	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	QL(30 EA por 30 días)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	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 tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
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

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
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

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO 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	
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment</i>	3	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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 gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	3	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>selenium sulfide</i>	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hydrochloride capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	2	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution</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	
<i>prucalopride</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
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
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
ELMIRON	5	
Antiespasmódicos, urinario		
GELNIQUE GEL 10%	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate solution</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINISQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINISQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
INCRELEX	5	PA
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	4	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
Estrógenos		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol patch weekly</i>	3	
<i>estradiol patch twice weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>feirza 1.5/30</i>	3	
<i>feirza 1/20</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<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	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>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>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>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	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-lynyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>valtya 1/50</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
LILETTA	3	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>nora-be</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	2	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	2	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX INJECTION 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
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	QL(30 ML por 365 días); PA
TAVNEOS	5	QL(180 EA por 30 días); PA
VEOPOZ	5	PA
WEZLANA INJECTION 45MG/0.5ML	5	QL(1.5 ML por 84 días); PA
WEZLANA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
WEZLANA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
icatibant acetate	5	PA
sajazir	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUVITRU INJECTION 8GM/40ML	5	PA
GAMASTAN	3	PA
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
PRIVIGEN	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(1 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM PSORIASIS/UEVEITIS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	5	PA NSO
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGRIX-B	1	B/D
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	1	B/D
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	1	B/D
PRIORIX	1	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
RABAVERT	1	B/D
RECOMBIVAX HB	1	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VAXELIS	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
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	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVI	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
OPVEE	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>breynd</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO PACKET	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cypheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUIITY 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)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS	3	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
NUTRILIPID	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
RIVFLOZA INJECTION 128MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
RIVFLOZA INJECTION 160MG/ML, 80MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
sodium chloride 0.9%	2	
ulticare micro pen needles/32g x 5/32"	2	QL(200 EA por 30 días)
unifine pentips 32gx6mm	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
Agentes óticos		
acetic acid	2	
ciprofloxacin/dexamethasone	4	
hydrocortisone/acetic acid	4	
neomycin/polymyxin/hc	3	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	3	
ofloxacin otic solution 0.3%	3	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
buprenorphine	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	4	NDS
methadone hcl tablet	2	NDS
methadone hcl solution	3	NDS
methadone hydrochloride intensol	3	NDS
methadone hydrochloride concentrate	3	NDS
morphine sulfate er tablet extended release	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
Analgésicos opioides, de acción rápida		
acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg	2	NDS
acetaminophen/codeine solution	2	NDS
acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg	2	NDS
endocet tablet 325mg; 5mg	2	NDS
endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	NDS
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg	4	PA; NDS
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	5	PA; NDS

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>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, 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 oral solution, tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	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</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</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
Analgésicos		
JOURNAVX	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	4	PA
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>buspirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, solution</i>	2	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	4	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm</i>	4	
<i>aztreonam injection 2gm</i>	5	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tigecycline</i>	5	
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
cefactor capsule	2	
cefactor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
cefadroxil capsule, suspension reconstituted	2	
cefazolin sodium injection 1gm	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
cefdinir capsule	2	
cefdinir suspension reconstituted	3	
cefepime	4	
cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm	4	
cefixime capsule	4	
cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm	2	
cefotetan injection 1gm, 2gm	4	
cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm	3	
cefpodoxime proxetil suspension reconstituted	3	
cefpodoxime proxetil tablet	4	
cefprozil	3	
ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%	3	
ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm	3	
ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	3	
cefuroxime axetil tablet	2	
cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg	3	
cephalexin capsule 250mg, 500mg	2	
cephalexin suspension reconstituted	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
tazicef injection 1gm, 2gm	3	
TEFLARO	5	
Betalactámico, penicilinas		
amoxicillin/clavulanate potassium er	4	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable	2	
amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml	2	
amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml	4	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg	2	
amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg	4	
amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>naftillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	
<i>meropenem injection 1gm, 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 2gm</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxine nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE	3	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes para los canales de sodio		
APTiom	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg</i>	2	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide solution, tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble</i>	4	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<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)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>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</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	3	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<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	
RALDESY	5	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<i>Ayudantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Última actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	4	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	4	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECATOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	4	
<i>clotrimazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>abirtega</i>	4	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
<i>flutamide</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
TEVIMBRA	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	
ORSERDU	5	PA NSO
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
<i>mercaptopurine suspension</i>	5	
PURIXAN	5	
TABLOID	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
LONSURF	5	PA NSO
LYSODREN	5	
OGSIVEO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML	5	PA NSO
REVUFORJ	5	PA NSO
SYNRIBO	5	
TRUSELTIQ	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
VONJO	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
MESNA TABLET	5	
MESNEX TABLET	5	
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
Inhibidores de enzimas		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO	5	PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
DANZITEN	5	PA NSO
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FOTIVDA	5	PA NSO
FRUZAQLA	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
GOMEKLI	5	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	3	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE, SUSPENSION	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG, 560MG	5	PA NSO
IMKELDI	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
NINLARO	5	PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROMVIMZA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSE TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSE TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotozoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	3	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPSULE	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir capsule 150mg</i>	4	
<i>atazanavir capsule 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 800mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
LEXIVA SUSPENSION	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET	4	QL(360 EA por 30 días)
NORVIR SOLUTION	4	QL(480 ML por 30 días)
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET	5	QL(180 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>ritonavir</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA INJECTION	5	
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días)
TYBOST	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
PREVYMIS PACKET 20MG	4	
PREVYMIS PACKET 120MG	5	
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride solution 50mg/ml</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
VOCABRIA	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine tablet</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
PIFELTRO	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir solution</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 167mg; 250mg</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	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tablet 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIREAD POWDER	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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
Aglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder, suspension</i>	3	
SPS	3	
VELTASSA	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate tablet</i>	4	
VELPHORO	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	4	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	4	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er</i>	2	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 2.5MG	3	QL(360 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>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
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er</i>	6	
<i>glipizide xl</i>	6	
<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)
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/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, 4MG, 7MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 1.5MG, 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
<i>glucagon emergency kit</i>	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	
Insulinas		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Última actualización: 04/01/2025

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

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

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>sodium phenylbutyrate</i>	5	
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
WELIREG	5	PA NSO
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025
Última actualización: 04/01/2025

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>	67
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	67
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	67
ABELCET	55
ABILIFY MAINTENA	63
<i>abiraterone acetate</i>	56
<i>abirtega</i>	56
ABRYSVO	35
<i>acamprosate calcium dr</i>	39
<i>acarbose</i>	71
ACCUTANE	20
<i>acebutolol hcl</i>	10
<i>acebutolol hydrochloride</i>	10
<i>acetaminophen/codeine</i>	44
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	44
<i>acetazolamide</i>	37
<i>acetazolamide er</i>	37
<i>acetic acid</i>	44
<i>acetic acid 0.25%</i>	24
<i>acitretin</i>	20
ACTHIB	35
ACTIMMUNE	33
<i>acyclovir</i>	22
<i>acyclovir</i>	66
<i>acyclovir sodium</i>	66
ADACEL	35
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	33
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	33
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT	33
ADALIMUMAB-ADBM	33
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	33
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	33
PSORIASIS/UEVITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	33
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	33
PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS	
ADBRY	21
<i>adefovir dipivoxil</i>	67
ADEMPAS	40
ADTHYZA	30
ADVAIR HFA	39

Nombre del medicamento	Página
<i>afirmelle</i>	25
AIMOVIG	9
AIRSUPRA	39
AKEEGA	57
ALA-CORT	21
<i>albendazole</i>	62
<i>albuterol sulfate</i>	42
<i>albuterol sulfate hfa</i>	42
<i>alclometasone dipropionate</i>	21
ALCOHOL PREP PADS	43
ALECENSA	58
<i>alendronate sodium</i>	16
<i>alfuzosin hcl er</i>	24
ALINIA	62
<i>aliskiren</i>	11
<i>allopurinol</i>	15
<i>alosetron hydrochloride</i>	22
<i>alprazolam</i>	46
<i>altavera</i>	25
ALUNBRIG	58
<i>alyacen 1/35</i>	25
<i>alyacen 7/7/7</i>	25
<i>alyq</i>	40
<i>amabelz</i>	25
<i>amantadine hcl</i>	65
<i>ambrisentan</i>	41
<i>amethia</i>	25
<i>amethia lo</i>	25
<i>amethyst</i>	25
<i>amikacin sulfate</i>	47
<i>amiloride hcl</i>	14
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
AMINOSYN II	68
AMINOSYN-PF	69
<i>amiodarone hydrochloride</i>	13
<i>amitriptyline hcl</i>	53
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	53
<i>amlodipine besylate</i>	11
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	12
<i>hydrochloride</i>	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>ammonium lactate</i>	21
<i>amnestem</i>	20
<i>amoxapine</i>	53
<i>amoxicillin</i>	48
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	48
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	48

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	17	ATROVENT HFA	42
<i>amphotericin b</i>	55	<i>aubra eq</i>	25
<i>amphotericin b liposome</i>	55	AUGMENTIN	49
<i>ampicillin</i>	49	AUGTYRO	58
<i>ampicillin sodium</i>	49	<i>aurovela 1.5/30</i>	25
<i>ampicillin/sulbactam</i>	49	<i>aurovela 1/20</i>	25
<i>ampicillin-sulbactam</i>	49	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	26
<i>anagrelide hydrochloride</i>	70	<i>aurovela fe 1/20</i>	26
<i>anastrozole</i>	58	AUSTEDO	18
ANORO ELLIPTA	39	AUSTEDO XR	18
<i>aprepitant</i>	54	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	18
APTOM	51	KIT	
APTIVUS	64	AUVELITY	52
AREXVY	35	<i>aviane</i>	26
<i>arformoterol tartrate</i>	42	AVONEX	16
ARIKAYCE	47	AVONEX PEN	16
<i>aripiprazole</i>	63	<i>ayuna</i>	26
<i>aripiprazole odt</i>	63	AYVAKIT	58
ARISTADA	63	<i>azathioprine</i>	34
ARISTADA INITIO	63	<i>azelaic acid</i>	20
<i>armodafinil</i>	19	<i>azelastine hcl</i>	37
ARMOUR THYROID	30	<i>azelastine hcl</i>	41
ARNUITY ELLIPTA	41	<i>azelastine hydrochloride</i>	41
<i>asenapine maleate sl</i>	63	<i>azithromycin</i>	49
<i>ashlyna</i>	25	<i>aztreonam</i>	47
ASMANEX HFA	41	<i>azurette</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 120	41	<i>bacitracin</i>	38
METERED DOSES		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	37
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	41	<i>baclofen</i>	9
DOSES		<i>balsalazide disodium</i>	15
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	41	BALVERSA	58
DOSES		<i>balziva</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	41	BAQSIMI ONE PACK	72
DOSES		BAQSIMI TWO PACK	72
<i>aspirin/dipyridamole</i>	69	BARACLUDE	67
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	69	<i>bcg vaccine</i>	35
ASTAGRAF XL	34	BD INSULIN SYRINGE	43
<i>atazanavir</i>	64	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atazanavir sulfate</i>	64	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	43
<i>atenolol</i>	11	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43
<i>atomoxetine</i>	18	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43
<i>atorvastatin calcium</i>	13	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>atovaquone</i>	62	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	43
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	62	FINE/29G X 12.7MM	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	62	<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	43
<i>atropine sulfate</i>	37	<i>6mm</i>	

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>bekyree</i>	26	<i>buprenorphine</i>	44
BELSOMRA	19	<i>buprenorphine hcl</i>	39
<i>benazepril hydrochloride</i>	14	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	39
<i>benazepril</i>	12	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	39
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>hydrochloride</i>	
BENLYSTA	31	<i>bupropion hydrochloride</i>	53
<i>benznidazole</i>	62	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	39
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	52
BESIVANCE	38	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	53
BESREMI	33	<i>buspirone hcl</i>	46
<i>betaine anhydrous</i>	73	<i>buspirone hydrochloride</i>	46
<i>betamethasone dipropionate</i>	21	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	19
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	21	BYDUREON BCISE	71
<i>betamethasone valerate</i>	21	BYETTA	71
BETASERON	16	CABENUVA	66
<i>betaxolol hcl</i>	11	<i>cabergoline</i>	31
<i>betaxolol hcl</i>	37	CABLIVI	69
<i>bethanechol chloride</i>	24	CABOMETYX	58
<i>bexarotene</i>	61	<i>calcipotriene</i>	20
BEXSERO	35	<i>calcitonin-salmon</i>	16
<i>bicalutamide</i>	56	<i>calcitriol</i>	16
BICILLIN L-A	49	<i>calcium acetate</i>	68
BIKTARVY	66	CALQUENCE	58
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>camila</i>	29
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>camrese</i>	26
BIVIGAM	33	<i>camrese lo</i>	26
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	26	<i>candesartan cilexetil</i>	12
<i>blisovi fe 1/20</i>	26	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
BOOSTRIX	35	CAPLYTA	63
BOSULIF	58	CAPRELSA	58
BRAFTOVI	58	<i>captopril</i>	14
BREO ELLIPTA	39	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>breyna</i>	39	<i>carbamazepine</i>	51
BREZTRI AEROSPHERE	39	<i>carbamazepine er</i>	51
<i>briellyn</i>	26	<i>carbidopa</i>	10
BRILINTA	69	<i>carbidopa/levodopa</i>	10
BRIMONIDINE TARTRATE	37	<i>carbidopa/levodopa er</i>	10
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	37	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10
<i>brinzolamide</i>	37	<i>carglumic acid</i>	69
BRIVIACT	52	<i>carteolol hcl</i>	37
<i>bromfenac sodium</i>	38	<i>cartia xt</i>	11
<i>bromocriptine mesylate</i>	10	<i>carvedilol</i>	11
BRONCHITOL	40	<i>caspofungin acetate</i>	55
BRUKINSA	58	CAYSTON	40
<i>budesonide</i>	15	<i>cefaclor</i>	48
<i>budesonide</i>	41	<i>cefadroxil</i>	48
<i>budesonide er</i>	15	CEFAZOLIN	48
<i>bumetanide</i>	14	<i>cefazolin sodium</i>	48

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefdinir</i>	48	CLIMARA PRO	26
<i>cefepime</i>	48	<i>clindacin etz pledgets</i>	47
<i>cefepime hydrochloride</i>	48	<i>clindamycin hcl</i>	47
<i>cefixime</i>	48	<i>clindamycin hydrochloride</i>	47
<i>cefotaxime sodium</i>	48	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	47
<i>cefotetan</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	22
<i>cefoxitin sodium</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	47
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	<i>clobazam</i>	50
<i>cefprozil</i>	48	<i>clobetasol propionate</i>	21
<i>ceftazidime</i>	48	<i>clobetasol propionate e</i>	21
<i>ceftazidime/dextrose</i>	48	<i>clomipramine hydrochloride</i>	53
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	<i>clonazepam</i>	50
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>clonazepam odt</i>	50
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>clonidine</i>	12
<i>celecoxib</i>	45	<i>clonidine hydrochloride</i>	12
<i>cephalexin</i>	48	<i>clopidogrel</i>	69
CERDELGA	73	<i>clorazepate dipotassium</i>	46
<i>chateal</i>	26	<i>clotrimazole</i>	55
<i>chateal eq</i>	26	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	20
CHEMET	68	CLOVIQUE	68
<i>chlorhexidine gluconate</i>	20	<i>clozapine</i>	63
<i>chloroquine phosphate</i>	62	<i>clozapine odt</i>	63
<i>chlorpromazine hcl</i>	62	COARTEM	62
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	62	COBENFY	19
<i>chlorthalidone</i>	14	COBENFY STARTER PACK	19
CHOLBAM	73	<i>colchicine</i>	15
<i>cholestyramine</i>	14	<i>colesevelam hydrochloride</i>	14
<i>cholestyramine light</i>	14	<i>colestipol hcl</i>	14
<i>ciclodan</i>	22	<i>colistimethate sodium</i>	47
<i>ciclopirox</i>	22	<i>colocort</i>	15
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	22	COMBIGAN	37
<i>ciclopirox olamine</i>	22	COMBIVENT RESPIMAT	40
<i>cilostazol</i>	69	COMETRIQ	58
CIMDUO	67	COMPLERA	66
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	16	<i>compro</i>	55
CINRYZE	33	<i>constulose</i>	22
<i>ciprofloxacin</i>	49	COPIKTRA	58
<i>ciprofloxacin hcl</i>	49	<i>cortisone acetate</i>	30
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	38	COSENTYX	32
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	49	COSENTYX SENSOREADY PEN	31
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	49	COSENTYX UNOREADY	31
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	44	COTELLIC	58
<i>cisplatin</i>	56	CREON	73
<i>citalopram hydrobromide</i>	53	<i>cromolyn sodium</i>	37
<i>claravis</i>	20	<i>cromolyn sodium</i>	43
<i>clarithromycin</i>	49	<i>cromolyn sodium</i>	73
<i>clarithromycin er</i>	49	<i>cryselle-28</i>	26
CLENPIQ	23	CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	43

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CUVITRU	33	DIACOMIT	50
<i>cyclafem 1/35</i>	26	<i>diazepam</i>	46
<i>cyclafem 7/7/7</i>	26	<i>diazepam intensol</i>	46
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	73	<i>diazepam rectal gel</i>	50
<i>cyclophosphamide</i>	56	<i>diazoxide</i>	72
<i>cycloserine</i>	55	<i>diclofenac potassium</i>	45
<i>cyclosporine</i>	34	<i>diclofenac sodium</i>	20
<i>cyclosporine</i>	37	<i>diclofenac sodium</i>	38
<i>cyclosporine modified</i>	34	<i>diclofenac sodium</i>	45
<i>cypheptadine hydrochloride</i>	41	<i>diclofenac sodium dr</i>	45
CYSTAGON	73	<i>diclofenac sodium er</i>	45
CYSTARAN	37	<i>dicloxacillin sodium</i>	49
<i>dalfampridine er</i>	16	<i>dicyclomine hcl</i>	24
<i>danazol</i>	25	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	24
<i>dantrolene sodium</i>	9	DIFICID	49
DANZITEN	58	<i>diflunisal</i>	45
<i>dapsone</i>	55	<i>digitek</i>	13
DAPTACEL	35	<i>digox</i>	13
<i>daptomycin</i>	47	<i>digoxin</i>	13
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	47	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9
<i>darunavir</i>	64	DILANTIN	51
<i>dasatinib</i>	58	<i>diltiazem hcl</i>	11
<i>dasetta 1/35</i>	26	<i>diltiazem hcl cd</i>	11
<i>dasetta 7/7/7</i>	26	<i>diltiazem hcl er</i>	11
DAURISMO	58	<i>diltiazem hydrochloride</i>	11
<i>daysee</i>	26	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	11
<i>deblitane</i>	29	<i>dilt-xr</i>	11
<i>deferasirox</i>	68	<i>dimethyl fumarate</i>	16
DELSTRIGO	66	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	16
<i>delyla</i>	26	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	41
<i>demeclocycline hcl</i>	50	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	22
<i>demeclocycline hydrochloride</i>	50	<i>sulfate</i>	
DENGVAIXA	35	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	35
DEPO-SUBQ PROVERA 104	29	<i>pediatric</i>	
DESCOVY	67	<i>disulfiram</i>	39
<i>desipramine hydrochloride</i>	53	<i>divalproex sodium dr</i>	50
<i>desmopressin acetate</i>	25	<i>divalproex sodium er</i>	50
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	26	<i>dofetilide</i>	13
<i>desonide</i>	21	<i>dolishale</i>	26
<i>desoximetasone</i>	21	<i>donepezil hcl</i>	9
<i>desvenlafaxine er</i>	53	<i>donepezil hydrochloride</i>	9
<i>dexamethasone</i>	30	DOPTELET	70
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	38	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	37
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	37
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	18	DOTTI	26
<i>dextrose 5%</i>	69	DOVATO	66
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	69	<i>doxazosin mesylate</i>	24
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	69	<i>doxepin hcl</i>	53

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>doxepin hydrochloride</i>	53	<i>endocet</i>	44
<i>doxy 100</i>	50	ENGERIX-B	35
<i>doxycycline</i>	50	<i>enilloring</i>	26
<i>doxycycline hyclate</i>	20	<i>enoxaparin sodium</i>	70
<i>doxycycline hyclate</i>	50	<i>enpresse-28</i>	26
<i>doxycycline monohydrate</i>	50	<i>entacapone</i>	10
DRIZALMA SPRINKLE	54	<i>entecavir</i>	67
<i>dronabinol</i>	54	ENTRESTO	12
DROXIA	57	<i>enulose</i>	23
<i>droxidopa</i>	12	ENVARUS XR	34
DULERA	40	EPIDIOLEX	52
<i>duloxetine hydrochloride</i>	54	<i>epinephrine</i>	42
DUPIXENT	32	<i>epitol</i>	51
<i>dutasteride</i>	24	<i>eplerenone</i>	13
EASY COMFORT INSULIN	43	EPRONTIA	52
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>ergoloid mesylates</i>	9
<i>ec-naproxen</i>	45	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9
<i>econazole nitrate</i>	55	ERIVEDGE	59
EDARBI	12	ERLEADA	56
EDARBYCLOR	12	<i>erlotinib hydrochloride</i>	59
EDURANT	66	<i>errin</i>	29
<i>efavirenz</i>	66	<i>ertapenem</i>	49
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<i>ertapenem sodium</i>	49
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<i>ery</i>	22
<i>effer-k</i>	69	<i>erythromycin</i>	22
<i>elinest</i>	26	<i>erythromycin</i>	38
ELIQUIS	70	<i>erythromycin dr</i>	49
ELIQUIS STARTER PACK	70	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	20
ELLA	43	<i>escitalopram oxalate</i>	54
ELMIRON	24	<i>esomeprazole magnesium</i>	24
<i>eluryng</i>	26	<i>estarylla</i>	26
EMCYT	57	<i>estradiol</i>	26
EMGALITY	10	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	26
EMPAVELI	32	ESTRING	26
EMSAM	53	<i>eszopiclone</i>	19
<i>emtricitabine</i>	67	<i>ethambutol hydrochloride</i>	55
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 167mg; 250mg</i>	67	<i>ethosuximide</i>	50
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	26
EMTRIVA	67	<i>etodolac</i>	45
<i>emzahh</i>	29	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	26
<i>enalapril maleate</i>	14	<i>etravirine</i>	66
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12	EUCRISA	21
ENBREL	34	EUTHYROX	30
ENBREL MINI	34	<i>everolimus</i>	34
ENBREL SURECLICK	34	<i>everolimus</i>	59
		EVOTAZ	64
		EVRYSDI	73
		<i>exemestane</i>	58

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
EXKIVITY	59	fluphenazine hcl	62
ezetimibe	14	fluphenazine hydrochloride	62
ezetimibe/simvastatin	14	flurbiprofen	45
FABRAZYME	73	flurbiprofen sodium	38
falmina	26	flutamide	56
famciclovir	66	fluticasone propionate	21
famotidine	23	fluticasone propionate	41
FANAPT	63	fluticasone propionate/salmeterol	40
FANAPT TITRATION PACK	63	fluticasone propionate/salmeterol diskus	40
FARXIGA	15	fluvastatin	13
FARYDAK	59	fluvastatin sodium er	13
FASENRA	40	fluvoxamine maleate	54
FASENRA PEN	40	fondaparinux sodium	70
fayosim	26	formoterol fumarate	42
febuxostat	15	FORTEO	16
feirza 1.5/30	26	fosamprenavir calcium	64
feirza 1/20	26	fosinopril sodium	14
felbamate	52	fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	12
felodipine er	11	FOTIVDA	59
femynor	27	FRAGMIN	70
fenofibrate	13	FRUZAQLA	59
fenofibrate micronized	13	furosemide	14
fenofibric acid dr	13	FUZEON	65
fentanyl	44	FYAVOLV	27
fentanyl citrate oral transmucosal	44	FYCOMPA	52
FETZIMA	54	gabapentin	50
FETZIMA TITRATION PACK	54	galantamine hydrobromide	9
FINACEA	20	galantamine hydrobromide er	9
finasteride	24	gallifrey	29
fingolimod hydrochloride	16	GAMASTAN	33
FINTEPLA	52	ganciclovir	65
FIRMAGON	31	GARDASIL 9	35
FLAREX	38	gatifloxacin	38
flecainide acetate	13	gavilyte-c	23
fluconazole	56	gavilyte-g	23
fluconazole in sodium chloride	55	gavilyte-h	23
flucytosine	56	gavilyte-n/flavor pack	23
fludrocortisone acetate	30	GAVRETO	59
flunisolide	41	gefitinib	59
fluocinolone acetonide	21	GELNIQUE	24
fluocinolone acetonide body	21	gemfibrozil	13
fluocinolone acetonide scalp	21	GEMTESA	24
fluocinolone acetonide topical	21	generlac	23
fluocinonide	21	gengraf	34
fluorometholone	38	GENOTROPIN	25
fluorouracil	20	GENOTROPIN MINISQUICK	25
fluoxetine hydrochloride	54	gentak	38
fluphenazine decanoate	62	gentamicin sulfate	38

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>gentamicin sulfate</i>	47	HUMIRA	34
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	47	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	34
GENVOYA	66	DISEASE STARTER PACK	
GILOTRIF	59	HUMIRA PEN	34
<i>glatiramer acetate</i>	16	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	34
GLEOSTINE	56	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	34
<i>glimepiride</i>	71	STARTER PACK	
<i>glipizide</i>	71	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	34
<i>glipizide er</i>	71	HUMULIN 70/30	72
<i>glipizide xl</i>	71	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	72
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	71	HUMULIN N	72
<i>glucagon emergency kit</i>	72	HUMULIN N KWIKPEN	72
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	72	HUMULIN R	72
<i>glyburide</i>	71	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	72
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	71	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	72
<i>glycopyrrolate</i>	24	<i>hydralazine hydrochloride</i>	15
GLYXAMBI	71	<i>hydrochlorothiazide</i>	14
GOMEKLI	59	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	45
<i>griseofulvin microsize</i>	56	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	45
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	56	<i>hydrocortisone</i>	16
<i>guanfacine hydrochloride</i>	12	<i>hydrocortisone</i>	22
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18	<i>hydrocortisone</i>	30
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	72	<i>hydrocortisone valerate</i>	21
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	44
GVOKE KIT	72	<i>hydromorphone hcl</i>	45
GVOKE PFS	72	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	45
<i>hailey 1.5/30</i>	27	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	45
<i>hailey fe 1.5/30</i>	27	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	62
<i>hailey fe 1/20</i>	27	<i>hydroxyurea</i>	57
<i>halobetasol propionate</i>	21	<i>hydroxyzine hcl</i>	41
<i>haloette</i>	27	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	41
<i>haloperidol</i>	62	<i>hydroxyzine pamoate</i>	41
<i>haloperidol decanoate</i>	62	HYPERHEP B	33
<i>haloperidol lactate</i>	62	<i>ibandronate sodium</i>	16
HAVRIX	35	IBRANCE	57
<i>heather</i>	29	IBRANCE	59
<i>heparin sodium</i>	70	<i>ibu</i>	45
HEPLISAV-B	35	<i>ibuprofen</i>	45
HIBERIX	35	<i>icatibant acetate</i>	33
HIZENTRA	33	<i>iclevia</i>	27
HUMALOG	72	ICLUSIG	59
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	72	<i>icosapent ethyl</i>	14
HUMALOG KWIKPEN	72	IDHIFA	59
HUMALOG MIX 50/50	72	IGALMI	39
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	72	ILEVRO	38
HUMALOG MIX 75/25	72	<i>imatinib mesylate</i>	59
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	72	IMBRUVICA	59
HUMATIN	47	<i>imipenem/cilastatin</i>	49

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>imipramine hcl</i>	53	IXIARO	36
<i>imipramine hydrochloride</i>	53	<i>jaimiess</i>	27
<i>imiquimod</i>	20	JAKAFI	59
IMKELDI	59	<i>jantoven</i>	70
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	35	JANUMET	71
IMPAVIDO	47	JANUMET XR	71
INBRIJA	10	JANUVIA	71
<i>incassia</i>	29	JARDIANCE	15
INCRELEX	25	JAYPIRCA	59
INCRUSE ELLIPTA	42	<i>jencycla</i>	29
<i>indapamide</i>	14	JENTADUETO	71
<i>indomethacin</i>	45	JENTADUETO XR	71
<i>indomethacin er</i>	45	<i>jinteli</i>	27
INFANRIX	36	<i>jolessa</i>	27
INFLECTRA	35	JOURNAVX	45
INFLIXIMAB	35	JUBLIA	56
INGREZZA	19	JULUCA	66
INLYTA	59	<i>junel 1.5/30</i>	27
INQOVI	59	<i>junel 1/20</i>	27
INREBIC	57	<i>junel fe 1.5/30</i>	27
<i>insulin lispro</i>	72	<i>junel fe 1/20</i>	27
INTELENCE	66	JYLAMVO	35
<i>introvale</i>	27	JYNNEOS	36
INVEGA HAFYERA	63	KALYDECO	40
INVEGA SUSTENNA	63	<i>kariva</i>	27
INVEGA TRINZA	63	<i>kelnor 1/35</i>	27
IPOL INACTIVATED IPV	36	<i>kelnor 1/50</i>	27
<i>ipratropium bromide</i>	42	KERENDIA	13
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	40	KESIMPTA	16
<i>irbesartan</i>	12	<i>ketoconazole</i>	56
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>ketorolac tromethamine</i>	38
ISENTRESS	66	<i>ketorolac tromethamine</i>	45
ISENTRESS HD	66	<i>kimidess</i>	27
ISONIAZID	55	KINERET	32
<i>isosorbide dinitrate</i>	15	KINRIX	36
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	12	<i>kionex</i>	68
<i>hydrochloride</i>		KISQALI	59
<i>isosorbide mononitrate</i>	15	KISQALI FEMARA 200 DOSE	57
<i>isosorbide mononitrate er</i>	15	KISQALI FEMARA 400 DOSE	57
<i>isotretinoin</i>	20	KISQALI FEMARA 600 DOSE	57
<i>isradipine</i>	11	<i>klayesta</i>	56
ISTURISA	25	<i>klor-con</i>	69
ITOVEBI	57	<i>klor-con 10</i>	69
<i>itraconazole</i>	56	<i>klor-con 8</i>	69
<i>ivabradine hydrochloride</i>	12	<i>klor-con m10</i>	69
<i>ivermectin</i>	62	<i>klor-con m15</i>	69
IWILFIN	57	<i>klor-con m20</i>	69
IXCHIQ	36	<i>klor-con sprinkle</i>	69

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>klor-con/ef</i>	69	<i>levetiracetam</i>	52
KOSELUGO	59	<i>levetiracetam er</i>	52
<i>kourzeq</i>	20	<i>levobunolol hcl</i>	37
KRAZATI	59	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	41
<i>kurvelo</i>	27	<i>levofloxacin</i>	38
<i>labetalol hydrochloride</i>	11	<i>levofloxacin</i>	49
<i>lacosamide</i>	51	<i>levofloxacin in d5w</i>	49
<i>lactulose</i>	23	<i>levonest</i>	27
LAGEVRIO	67	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	27
<i>lamivudine</i>	67	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	27
<i>lamivudine</i>	67	<i>levora 0.15/30-28</i>	27
<i>lamivudine/zidovudine</i>	67	LEVO-T	30
<i>lamotrigine</i>	52	<i>levothyroxine sodium</i>	30
<i>lamotrigine er</i>	52	LEVOXYL	30
<i>lamotrigine odt</i>	52	LEXIVA	64
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	52	<i>l-glutamine</i>	73
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	52	LIBERVANT	51
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	52	<i>lidocaine</i>	46
<i>lansoprazole</i>	24	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	20
LANTUS	72	<i>lidocaine viscous</i>	20
LANTUS SOLOSTAR	72	<i>lidocaine/prilocaine</i>	46
<i>lapatinib ditosylate</i>	59	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	46
<i>larin 1.5/30</i>	27	LILETTA	29
<i>larin 1/20</i>	27	<i>lillow</i>	27
<i>larin fe 1.5/30</i>	27	<i>linezolid</i>	47
<i>larin fe 1/20</i>	27	LINZESS	23
<i>larissia</i>	27	<i>liothyronine sodium</i>	30
<i>latanoprost</i>	38	<i>lisinopril</i>	15
LAZCLUZE	57	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>leflunomide</i>	35	<i>lithium</i>	39
<i>lenalidomide</i>	56	<i>lithium carbonate</i>	39
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	59	<i>lithium carbonate er</i>	39
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	59	LIVMARLI	23
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	59	LIVTENCITY	65
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	59	<i>lojaimiess</i>	27
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	59	LOKELMA	68
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	60	LONSURF	57
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	60	<i>loperamide hydrochloride</i>	22
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	60	<i>lopinavir/ritonavir</i>	64
<i>lessina</i>	27	<i>lopreeza</i>	27
<i>letrozole</i>	58	<i>lorazepam</i>	46
<i>leucovorin calcium</i>	57	<i>lorazepam intensol</i>	46
LEUKERAN	56	LORBRENA	60
<i>leuprolide acetate</i>	31	<i>lorcet</i>	45
<i>levalbuterol</i>	42	<i>lorcet hd</i>	45
<i>levalbuterol hcl</i>	42	<i>lorcet plus</i>	45
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	42	<i>losartan potassium</i>	13
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	42	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LOTEMAX SM	38	MENVEO	36
<i>lovastatin</i>	13	<i>mercaptopurine</i>	57
<i>low-ogestrel</i>	27	<i>meropenem</i>	49
<i>loxapine</i>	62	<i>mesalamine</i>	15
<i>lubiprostone</i>	23	<i>mesalamine dr</i>	15
LUMAKRAS	60	<i>mesalamine er</i>	15
LUMIGAN	38	MESNA	58
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	31	MESNEX	58
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	31	<i>metformin hydrochloride</i>	71
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	31	<i>metformin hydrochloride er</i>	71
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	31	<i>methadone hcl</i>	44
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	31	<i>methadone hydrochloride</i>	44
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	31	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	44
<i>lurasidone hydrochloride</i>	63	<i>methazolamide</i>	37
<i>luteru</i>	27	<i>methenamine hippurate</i>	47
LYBALVI	63	<i>methimazole</i>	31
<i>lyleq</i>	29	<i>methocarbamol</i>	73
<i>lyllana</i>	27	<i>methotrexate</i>	35
LYNPARZA	60	<i>methotrexate sodium</i>	35
LYSODREN	57	<i>methsuximide</i>	50
LYTGOBI	60	METHYLDOPA	12
LYUMJEV	72	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	18
LYUMJEV KWIKPEN	72	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	18
<i>lyza</i>	29	<i>methylprednisolone</i>	30
<i>magnesium sulfate</i>	69	<i>methylprednisolone dose pack</i>	30
<i>malathion</i>	22	<i>metoclopramide hcl</i>	23
<i>maraviroc</i>	65	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	23
<i>marlissa</i>	27	<i>metolazone</i>	14
MARPLAN	53	<i>metoprolol succinate er</i>	11
MATULANE	56	<i>metoprolol tartrate</i>	11
<i>matzim la</i>	11	<i>metronidazole</i>	20
MAVYRET	65	<i>metronidazole</i>	47
MAYZENT	17	<i>metronidazole vaginal</i>	47
MAYZENT STARTER PACK	17	<i>metyrosine</i>	12
<i>meclizine hcl</i>	55	<i>mexiletine hydrochloride</i>	13
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	29	<i>microgestin 1.5/30</i>	27
<i>mefloquine hydrochloride</i>	62	<i>microgestin 1/20</i>	27
<i>megestrol acetate</i>	29	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	28
MEKINIST	60	<i>microgestin fe 1/20</i>	28
MEKTOVI	60	<i>midodrine hydrochloride</i>	12
<i>meloxicam</i>	46	<i>mifepristone</i>	31
<i>memantine hcl titration pak</i>	9	<i>miglustat</i>	73
<i>memantine hydrochloride</i>	9	<i>mili</i>	28
<i>memantine hydrochloride er</i>	9	<i>mimvey</i>	28
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	9	<i>mimvey lo</i>	28
MENACTRA	36	<i>minocycline hcl</i>	50
MENEST	27	<i>minocycline hydrochloride</i>	50
MENQUADFI	36	<i>minoxidil</i>	15

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>mirtazapine</i>	53	<i>neomycin sulfate</i>	47
<i>mirtazapine odt</i>	53	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	37
<i>misoprostol</i>	24	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	37
M-M-R II	36	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	37
<i>modafinil</i>	19	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	37
<i>moexipril hydrochloride</i>	15	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	37
<i>molindone hydrochloride</i>	62	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	44
<i>mometasone furoate</i>	22	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	44
<i>mometasone furoate</i>	41	<i>neo-polycin</i>	37
<i>mondoxyne nl</i>	50	<i>neo-polycin hc</i>	37
<i>mono-lynyah</i>	28	NERLYNX	60
<i>mononessa</i>	28	NEULASTA	70
<i>montelukast sodium</i>	42	NEULASTA ONPRO KIT	70
<i>morgidox 1x100mg</i>	50	<i>nevirapine</i>	66
<i>morgidox 2x100mg</i>	50	<i>nevirapine er</i>	66
<i>morphine sulfate</i>	45	NEXLETOL	14
<i>morphine sulfate er</i>	44	NEXLIZET	14
MOTEGRITY	23	NEXPLANON	29
MOUNJARO	71	<i>niacin er</i>	14
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	50	NICOTROL NS	39
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	38	<i>nifedipine er</i>	11
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	50	<i>nilutamide</i>	57
MRESVIA	36	<i>nimodipine</i>	11
MULTAQ	13	NINLARO	60
<i>mupirocin</i>	22	<i>nitazoxanide</i>	62
<i>mycophenolate mofetil</i>	35	<i>nitisinone</i>	73
<i>mycophenolic acid dr</i>	35	NITRO-BID	15
<i>myorisan</i>	21	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	47
MYRBETRIQ	24	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	47
<i>nabumetone</i>	46	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	47
<i>nadolol</i>	11	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>nafcillin sodium</i>	49	<i>nitroglycerin</i>	23
<i>naloxone hcl</i>	39	<i>nitroglycerin transdermal</i>	15
<i>naloxone hydrochloride</i>	39	NIVA THYROID	30
<i>naltrexone hydrochloride</i>	39	<i>nizatidine</i>	23
NAMZARIC	9	<i>nora-be</i>	29
<i>naproxen</i>	46	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	28
<i>naproxen dr</i>	46	<i>norethindrone</i>	30
<i>naproxen sodium</i>	46	<i>norethindrone acetate</i>	30
<i>naratriptan hcl</i>	9	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	28
NATACYN	38	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	28
<i>nateglinide</i>	71	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	28
NAYZILAM	52	<i>norlyda</i>	30
<i>nebivolol hydrochloride</i>	11	<i>norlyroc</i>	30
<i>necon 0.5/35-28</i>	28	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	28
<i>necon 7/7/7</i>	28	<i>nortrel 1/35</i>	28
<i>nefazodone hydrochloride</i>	54		

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nortrel 7/7/7</i>	28	OFEV	40
<i>nortriptyline hcl</i>	53	<i>ofloxacin</i>	38
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	53	<i>ofloxacin</i>	44
NORVIR	64	OGSIVEO	57
NOVOLIN 70/30	72	OJEMDA	57
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	72	OJJAARA	60
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	72	<i>olanzapine</i>	63
NOVOLIN 70/30 RELION	72	<i>olanzapine odt</i>	63
NOVOLIN N	72	<i>olmesartan medoxomil</i>	13
NOVOLIN N FLEXPEN	72	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	72	<i>olopatadine hydrochloride</i>	37
NOVOLIN N RELION	72	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14
NOVOLIN R	72	<i>omeprazole</i>	24
NOVOLIN R FLEXPEN	72	<i>omeprazole dr</i>	24
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	72	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	43
NOVOLIN R RELION	72	(GEN 5)	
NOVOLOG	72	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	43
NOVOLOG FLEXPEN	73	(GEN 5)	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	73	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	43
NOVOLOG MIX 70/30	73	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	43
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	73	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	43
FLEXPEN		OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	43
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	73	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	43
FLEXPEN RELION		KIT (GEN 3)	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	73	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	43
NOVOLOG PENFILL	73	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	43
NOVOLOG RELION	73	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	43
<i>np thyroid 120</i>	30	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	43
<i>np thyroid 15</i>	30	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	43
<i>np thyroid 30</i>	30	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	43
<i>np thyroid 60</i>	30	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	43
<i>np thyroid 90</i>	30	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	43
NUBEQA	57	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	43
NUCALA	40	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	43
NUEDEXTA	19	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	43
NUPLAZID	63	<i>ondansetron hcl</i>	55
NUTRILIPID	43	<i>ondansetron hydrochloride</i>	55
<i>nyamyc</i>	56	<i>ondansetron odt</i>	55
<i>nylia 1/35</i>	28	ONPATTRO	73
<i>nylia 7/7/7</i>	28	ONUREG	57
<i>nymyo</i>	28	OPIPZA	63
<i>nystatin</i>	56	OPSUMIT	41
<i>nystatin/triamcinolone</i>	20	OPVEE	39
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	20	<i>oralone dental paste</i>	20
<i>nystop</i>	56	ORENCIA	32
<i>octreotide acetate</i>	31	ORENCIA	35
ODEFSEY	67	ORENCIA CLICKJECT	32
ODOMZO	60	ORENITRAM	41

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	41	<i>penicillin v potassium</i>	49
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	41	PENTACEL	36
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	41	<i>pentamidine isethionate</i>	62
ORGOVYX	31	<i>pentoxifylline er</i>	12
ORKAMBI	40	<i>perindopril erbumine</i>	15
<i>orphenadrine citrate er</i>	73	<i>periogard</i>	20
ORSERDU	57	<i>permethrin</i>	22
<i>orsythia</i>	28	<i>perphenazine</i>	62
<i>oseltamivir phosphate</i>	65	PERSERIS	64
OSMOLEX ER	10	<i>phenadoz</i>	55
OSPHENA	25	<i>phenelzine sulfate</i>	53
OTEZLA	20	<i>phenobarbital</i>	51
OTEZLA	32	PHENYTEK	51
<i>oxacillin sodium</i>	49	<i>phenytoin</i>	51
<i>oxaprozin</i>	46	<i>phenytoin infatabs</i>	51
<i>oxcarbazepine</i>	51	<i>phenytoin sodium extended</i>	51
<i>oxybutynin chloride</i>	24	PHESGO	57
<i>oxybutynin chloride er</i>	24	<i>philith</i>	28
<i>oxycodone hydrochloride</i>	45	PIFELTRO	66
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	45	<i>pilocarpine hcl</i>	37
OZEMPIC	71	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	20
PACERONE	13	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	37
<i>paliperidone er</i>	64	<i>pimecrolimus</i>	22
PANRETIN	61	<i>pimozide</i>	62
<i>pantoprazole sodium</i>	24	<i>pimtrea</i>	28
<i>paricalcitol</i>	16	<i>pindolol</i>	11
<i>paroex</i>	20	<i>pioglitazone hcl</i>	71
<i>paromomycin sulfate</i>	47	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	71
<i>paroxetine hcl</i>	54	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	71
<i>paroxetine hydrochloride</i>	54	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	49
PASER	55	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	60
PAXLOVID	67	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	60
<i>pazopanib hydrochloride</i>	60	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	60
PEDIARIX	36	<i>pirfenidone</i>	40
PEDVAX HIB	36	<i>pirmella 1/35</i>	28
<i>peg 3350/electrolytes</i>	23	<i>pirmella 7/7/7</i>	28
<i>peg-3350/electrolytes</i>	23	<i>piroxicam</i>	46
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	23	<i>pitavastatin calcium</i>	13
PEGASYS	33	PLENAMINE	69
PEGASYS	35	<i>podofilox</i>	20
<i>pegylax</i>	23	<i>polycin</i>	37
PEMAZYRE	60	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	37
PENBRAYA	36	POMALYST	56
<i>penicillamine</i>	68	<i>portia-28</i>	28
<i>penicillin g sodium</i>	49	<i>posaconazole</i>	56
		<i>posaconazole dr</i>	56
		<i>potassium chloride</i>	69
		<i>potassium chloride er</i>	69

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>potassium chloride sr</i>	69	<i>propafenone hydrochloride</i>	13
<i>potassium citrate er</i>	69	<i>propafenone hydrochloride er</i>	13
PRALUENT	14	<i>propranolol hcl</i>	11
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10	<i>propranolol hydrochloride</i>	11
<i>prasugrel hydrochloride</i>	70	<i>propranolol hydrochloride er</i>	11
<i>pravastatin sodium</i>	14	<i>propylthiouracil</i>	31
<i>praziquantel</i>	62	PROQUAD	36
<i>prazosin hydrochloride</i>	10	<i>protriptyline hcl</i>	53
<i>prednisolone</i>	30	<i>prucalopride</i>	23
<i>prednisolone acetate</i>	38	PULMOZYME	40
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	30	PURIXAN	57
<i>prednisone</i>	30	<i>pyrazinamide</i>	55
<i>pregabalin</i>	51	<i>pyridostigmine bromide</i>	10
PREHEVBRIO	36	<i>pyrimethamine</i>	62
PREMARIN	28	PYRUKYND	73
<i>premium lidocaine</i>	46	PYRUKYND TAPER PACK	73
PREMPHASE	28	QINLOCK	60
PREMPRO	28	QUADRACEL	36
<i>prenatal</i>	69	<i>quetiapine fumarate</i>	64
<i>prevalite</i>	14	<i>quetiapine fumarate er</i>	64
<i>previfem</i>	28	<i>quinapril hydrochloride</i>	15
PREVYMIS	65	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	12
PREZCOBIX	64	<i>quinidine sulfate</i>	13
PREZISTA	64	<i>quinine sulfate</i>	62
PRIFTIN	55	QULIPTA	10
<i>primaquine phosphate</i>	62	QVAR REDIHALER	41
<i>primidone</i>	51	RABAVERT	36
PRIORIX	36	<i>rabeprazole sodium</i>	24
PRIVIGEN	33	RALDESY	54
PROAIR RESPICLICK	42	<i>raloxifene hydrochloride</i>	25
<i>probenecid</i>	15	<i>ramelteon</i>	19
<i>probenecid/colchicine</i>	15	<i>ramipril</i>	15
<i>prochlorperazine</i>	55	<i>ranolazine er</i>	12
<i>prochlorperazine maleate</i>	55	<i>rasagiline mesylate</i>	10
PROCRT	70	RAYALDEE	16
<i>procto-med hc</i>	16	REBIF	17
<i>proctosol hc</i>	16	REBIF REBIDOSE	17
<i>proctozone-hc</i>	16	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17
<i>progesterone</i>	30	REBIF TITRATION PACK	17
PROGRAF	35	RECOMBIVAX HB	36
PROLASTIN-C	73	RELENZA DISKHALER	65
PROLIA	16	RELISTOR	23
PROMACTA	70	RENFLEXIS	35
<i>promethazine hcl</i>	55	<i>repaglinide</i>	71
<i>promethazine hydrochloride</i>	55	REPATHA	14
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	55	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14
<i>promethegan</i>	55	REPATHA SURECLICK	14
<i>propafenone hcl</i>	13	RESTASIS	38

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
RESTASIS MULTIDOSE	38	<i>sajazir</i>	33
RETACRIT	70	SANDIMMUNE	35
RETEVMO	60	SANTYL	20
REVCovi	73	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	73
REVLIMID	56	SAVELLA	17
REVUFORJ	57	SAVELLA TITRATION PACK	17
REXULTI	64	SCSEMBLIX	60
REYATAZ	64	<i>scopolamine</i>	55
REZLIDHIA	60	SECUADO	64
REZUROCK	35	<i>selegiline hcl</i>	10
RHOPRESSA	37	<i>selenium sulfide</i>	22
<i>ribavirin</i>	65	SELZENTRY	65
<i>rifabutin</i>	55	SEREVENT DISKUS	42
<i>rifampin</i>	55	<i>sertraline hcl</i>	54
<i>riluzole</i>	19	<i>sertraline hydrochloride</i>	54
RINVOQ	32	<i>setlakin</i>	28
RINVOQ LQ	32	<i>sevelamer carbonate</i>	68
<i>risedronate sodium</i>	16	SFROWASA	15
<i>risperidone</i>	64	<i>sharobel</i>	30
<i>risperidone er</i>	64	SHINGRIX	36
<i>risperidone odt</i>	64	SIGNIFOR	31
<i>ritonavir</i>	65	<i>sildenafil citrate</i>	41
<i>rivastigmine tartrate</i>	9	<i>silodosin</i>	24
<i>rivastigmine transdermal system</i>	9	<i>silver sulfadiazine</i>	20
<i>rivelsa</i>	28	SIMBRINZA	38
RIVFLOZA	43	<i>simliya</i>	28
<i>rizatriptan benzoate</i>	9	<i>simpesse</i>	28
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9	<i>simvastatin</i>	14
ROCKLATAN	38	<i>sirolimus</i>	35
<i>roflumilast</i>	43	SIRTURO	55
ROLVEDON	70	SKYCLARYS	44
ROMVIMZA	60	SKYRIZI	32
<i>ropinirole er</i>	10	SKYRIZI PEN	32
<i>ropinirole hcl</i>	10	<i>sodium chloride</i>	69
<i>ropinirole hydrochloride</i>	10	<i>sodium chloride 0.45%</i>	69
<i>rosadan</i>	21	<i>sodium chloride 0.9%</i>	44
<i>rosuvastatin calcium</i>	14	<i>sodium oxybate</i>	19
ROTARIX	36	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74
ROTATEQ	36	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	68
<i>roweepra</i>	52	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	23
<i>roweepra xr</i>	52	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	65
ROZLYTREK	60	<i>solifenacin succinate</i>	24
RUBRACA	60	SOLQUA 100/33	71
<i>rufinamide</i>	51	SOLTAMOX	57
RUKOBIA	65	SOMAVERT	31
RYBELSUS	71	<i>sorafenib</i>	60
RYDAPT	60	<i>sorafenib tosylate</i>	61
RYTARY	10		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sorine</i>	13	TABLOID	57
<i>sotalol hcl</i>	13	TABRECTA	61
<i>sotalol hydrochloride</i>	13	<i>tacrolimus</i>	22
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	13	<i>tacrolimus</i>	35
SOTYKTU	20	<i>tadalafil</i>	24
SPEVIGO	22	<i>tadalafil</i>	41
SPIRIVA RESPIMAT	42	TAFINLAR	61
<i>spironolactone</i>	13	TAGRISSE	61
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	12	TALZENNA	61
SPRAVATO 56MG DOSE	53	<i>tamoxifen citrate</i>	57
SPRAVATO 84MG DOSE	53	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	24
<i>sprintec 28</i>	28	<i>tarina fe 1/20</i>	28
SPRITAM	52	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	28
SPRYCEL	61	TASIGNA	61
SPS	68	TAVNEOS	32
<i>sronyx</i>	28	<i>tazarotene</i>	21
<i>ssd</i>	20	TAZICEF	48
STAMARIL	36	<i>taztia xt</i>	11
<i>stavudine</i>	67	TAZVERIK	61
STIOLTO RESPIMAT	40	TDVAX	36
STIVARGA	61	TEFLARO	48
<i>streptomycin sulfate</i>	47	TEGSEDI	74
STRIBILD	66	<i>telmisartan</i>	13
<i>subvenite</i>	52	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>subvenite starter kit/blue</i>	52	<i>temazepam</i>	19
<i>subvenite starter kit/green</i>	52	TEMIXYS	67
<i>subvenite starter kit/orange</i>	52	TENIVAC	36
SUCRAID	74	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>sucrafate</i>	24	TEPMETKO	61
<i>sulfacetamide sodium</i>	38	<i>terazosin hcl</i>	24
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	38	<i>terazosin hydrochloride</i>	24
<i>phosphate</i>		<i>terbinafine hcl</i>	56
<i>sulfadiazine</i>	50	<i>terconazole</i>	56
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	50	<i>teriparatide</i>	16
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	50	<i>testosterone</i>	25
<i>sulfasalazine</i>	15	<i>testosterone cypionate</i>	25
<i>sulindac</i>	46	<i>testosterone enanthate</i>	25
<i>sumatriptan</i>	9	<i>testosterone pump</i>	25
<i>sumatriptan succinate</i>	9	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-	36
<i>sunitinib malate</i>	61	ADSORBED ADULT	
SUNLENCA	65	<i>tetrabenazine</i>	19
SUTAB	23	<i>tetracycline hydrochloride</i>	50
SYMPAZAN	51	TEVIMBRA	57
SYMTUZA	65	THALOMID	56
SYNJARDY	71	<i>theophylline er</i>	43
SYNJARDY XR	71	<i>thioridazine hydrochloride</i>	62
SYNRIBO	57	<i>thiothixene</i>	62
SYNTHROID	30	THYROID	30

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tiadylt er</i>	11	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	20
<i>tiagabine hydrochloride</i>	51	<i>triamterene</i>	14
TIBSOVO	61	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	12
TICOVAC	36	<i>triderm</i>	22
<i>tigecycline</i>	47	<i>trientine hydrochloride</i>	68
<i>timolol maleate</i>	10	<i>tri-estarylla</i>	29
<i>timolol maleate</i>	37	<i>trifluoperazine hcl</i>	62
<i>tinidazole</i>	47	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	62
<i>tiotropium bromide</i>	42	<i>trifluridine</i>	38
TIVICAY	66	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10
TIVICAY PD	66	TRIJARDY XR	71
<i>tizanidine hcl</i>	9	TRIKAFTA	40
<i>tizanidine hydrochloride</i>	9	<i>tri-linyah</i>	29
TOBI PODHALER	40	<i>trilyte</i>	23
TOBRADEX	38	<i>trimethoprim</i>	47
TOBRADEX ST	38	<i>tri-mili</i>	29
<i>tobramycin</i>	38	<i>trimipramine maleate</i>	53
<i>tobramycin</i>	40	<i>trinessa</i>	29
<i>tobramycin sulfate</i>	47	TRINTELLIX	54
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	38	<i>tri-nymyo</i>	29
<i>tolterodine tartrate</i>	24	<i>tri-previfem</i>	29
<i>tolterodine tartrate er</i>	24	<i>tri-sprintec</i>	29
<i>topiramate</i>	52	TRIUMEQ	67
<i>topotecan hcl</i>	58	TRIUMEQ PD	67
<i>topotecan hydrochloride</i>	58	<i>trivora-28</i>	29
<i>toremifene citrate</i>	57	<i>tri-vylibra</i>	29
<i>torpenz</i>	61	TRIZIVIR	67
<i>torseamide</i>	14	<i>trospium chloride</i>	24
TOUJEO MAX SOLOSTAR	73	<i>trospium chloride er</i>	24
TOUJEO SOLOSTAR	73	TRULICITY	71
TRADJENTA	71	TRUMENBA	36
<i>tramadol hydrochloride</i>	45	TRUQAP	61
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	45	TRUSELTIQ	57
<i>trandolapril</i>	15	TRYNGOLZA	14
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	12	TUKYSA	61
<i>tranexamic acid</i>	69	<i>tulana</i>	30
<i>tranylcypromine sulfate</i>	53	TURALIO	61
<i>trazodone hydrochloride</i>	54	<i>turqoz</i>	29
TRECTOR	55	TWINRIX	36
TRELEGY ELLIPTA	40	TYBOST	65
TRELSTAR MIXJECT	31	TYMLOS	16
TRESIBA	73	TYPHIM VI	36
TRESIBA FLEXTOUCH	73	TYRVAYA	39
<i>tretinoin</i>	21	UBRELVY	10
<i>tretinoin</i>	61	UDENYCA	70
<i>tri femynor</i>	29	UDENYCA ONBODY	70
<i>triamcinolone acetonide</i>	22	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	44
<i>triamcinolone acetonide</i>	30	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	44

ID de formulario: 25381, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2025

Ultima actualización: 04/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
UNITHROID	31	<i>vigadrone</i>	51
<i>urea</i>	20	VIGAFYDE	51
<i>ursodiol</i>	23	<i>vigpoder</i>	51
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	66	<i>vilazodone hydrochloride</i>	54
VALCHLOR	56	VIMKUNYA	37
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	65	<i>viorele</i>	29
<i>valganciclovir hydrochloride solution</i>	65	VIRACEPT	65
<i>50mg/ml</i>		VIREAD	67
<i>valproic acid</i>	52	VISTOGARD	44
<i>valsartan</i>	13	VITRAKVI	61
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	12	VIVITROL	39
VALTOCO 10 MG DOSE	51	VIVOTIF	37
VALTOCO 15 MG DOSE	51	VIZIMPRO	61
VALTOCO 20 MG DOSE	51	VOCABRIA	66
VALTOCO 5 MG DOSE	51	<i>volnea</i>	29
<i>valtya 1/50</i>	29	VONJO	58
<i>vancomycin hcl</i>	47	VORANIGO	58
<i>vancomycin hydrochloride</i>	47	<i>voriconazole</i>	56
VANFLYTA	61	VOSEVI	65
VAQTA	36	VOWST	23
<i>varenicline starting month</i>	39	VRAYLAR	64
<i>varenicline tartrate</i>	39	VUMERITY	17
VARIVAX	36	<i>vyfemla</i>	29
VAXCHORA	36	VYJUVEK	66
VAXELIS	36	<i>vylibra</i>	29
VELPHORO	68	VYNDAMAX	12
VELTASSA	68	VYZULTA	39
VENCLEXTA	61	<i>warfarin sodium</i>	70
VENCLEXTA STARTING PACK	61	WELIREG	74
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	54	<i>wera</i>	29
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	54	WEZLANA	32
VENTAVIS	41	<i>wixela inhub</i>	40
VEOPOZ	32	XALKORI	61
VEOZAH	19	XARELTO	70
<i>verapamil hcl</i>	11	XARELTO STARTER PACK	70
<i>verapamil hcl er</i>	11	XATMEP	35
<i>verapamil hcl sr</i>	11	XCOPRI	51
<i>verapamil hydrochloride</i>	11	XDEMVI	38
<i>verapamil hydrochloride er</i>	11	XELJANZ	32
VERQUVO	15	XELJANZ XR	32
VERSACLOZ	63	XERMELO	22
VERZENIO	61	XGEVA	16
V-GO 20	44	XIFAXAN	23
V-GO 30	44	XIGDUO XR	71
V-GO 40	44	XIIDRA	38
<i>vicodin hp</i>	45	XOFLUZA	65
<i>vienva</i>	29	XOLAIR	33
<i>vigabatrin</i>	51	XOLREMDI	70

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
XOSPATA	61	ZEPOSIA STARTER KIT	17
XPOVIO	61	<i>zidovudine</i>	67
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	61	<i>ziprasidone hcl</i>	64
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	61	<i>ziprasidone mesylate</i>	64
XTAMPZA ER	44	ZIRGAN	38
XTANDI	57	ZOKINVY	44
<i>xulane</i>	29	ZOLINZA	58
<i>yargesa</i>	74	<i>zolmitriptan</i>	9
YF-VAX	37	<i>zolpidem tartrate</i>	19
YUPELRI	42	<i>zolpidem tartrate er</i>	19
<i>yuvaferm</i>	29	ZONISADE	52
<i>zafemy</i>	29	<i>zonisamide</i>	52
<i>zafirlukast</i>	42	<i>zovia 1/35</i>	29
<i>zaleplon</i>	19	<i>zovia 1/35e</i>	29
ZARXIO	70	ZTALMY	51
ZEJULA	61	ZURZUVAE	53
ZELBORAF	61	ZYDELIG	61
<i>zenatane</i>	21	ZYKADIA	61
ZENPEP	74	ZYLET	38
ZEPOSIA	17	ZYPREXA RELPREVV	64
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	17		



A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Este formulario se actualizó el 04/01/2025. 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 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.

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.

El formulario 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 a. m. a 8:00 p. m.