



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: 14

Este formulario se actualizó el 06/02/2025. 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 07/01/2025. 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 07/01/2025. 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.

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health

- 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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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 tablet 10mg, 5mg</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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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 hydrochloride tablet</i>	3	
<i>colestipol hydrochloride 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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
LIVMARLI TABLET 30MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 10MG, 15MG, 20MG	5	QL(60 EA 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)		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.4mg/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>sucalfate tablet</i>	2	
<i>sucalfate 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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate solution</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN 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 tablet 35mcg; 0</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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Última actualización: 06/02/2025

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>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-lynyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<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>rosyrah</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-lynyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>megestrol acetate tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
RENTHYROID	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
UNITHROID	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antiitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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 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
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
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	4	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS	5	QL(180 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
VEOPOZ	5	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
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
Inmunostimulantes		
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-aaty cd/uc/hs starter	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UVEITIS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM 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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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 PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	5	PA NSO
<i>leflunomide</i>	2	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGERIX-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
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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	
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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
FLAREX	3	
fluorometholone	3	
flurbiprofen sodium	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%	2	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
prednisolone acetate	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
latanoprost solution	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
lithium	2	
lithium carbonate er	2	
lithium carbonate capsule, tablet	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg	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)
varenicline starting month	4	QL(504 EA por 365 días)
varenicline tartrate	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
naloxone hcl injection 4mg/10ml	2	
naloxone hydrochloride liquid	3	
naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml	2	
naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml	3	
OPVEE	3	
Dependencia de opioides		
buprenorphine hcl/naloxone hcl	2	
buprenorphine hcl tablet sublingual	2	
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film	3	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
acamprosate calcium dr	4	
disulfiram tablet	3	
naltrexone hydrochloride tablet	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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 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)
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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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
<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		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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 REDIHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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)
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)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM	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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
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>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone 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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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		
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tigecycline</i>	5	
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>naficillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>monodoxyne 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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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)
<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>eslicarbazepine acetate</i>	4	
<i>lacosamide solution, tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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)
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	3	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<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		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
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	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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	
<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		
Agentes alquilantes		
<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
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
THALOMID	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<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
EULEXIN	4	
<i>flutamide</i>	3	
<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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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
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		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	PA NSO
topotecan hcl injection 4mg	5	
topotecan hydrochloride	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
anastrozole tablet	1	
exemestane	4	
letrozole	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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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
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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
<i>nilotinib</i>	5	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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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
<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
TAGRISO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISO 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

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotazoico		
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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		
<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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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
<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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>darunavir tablet 600mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
LEXIVA SUSPENSION	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET	4	QL(360 EA por 30 días)
NORVIR SOLUTION	4	QL(480 ML por 30 días)
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
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	5	QL(24 EA por 168 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días)
TYBOST	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
EDURANT PED	5	QL(180 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>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine tablet</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
PIFELTRO	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir tablet</i>	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)

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
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(11 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		
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		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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 II INJECTION 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	4	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>eltrombopag olamine</i>	5	PA
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
PROCRI INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRI INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
RETACRI INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRI INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<i>exenatide injection 10mcg/0.04ml</i>	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
<i>exenatide injection 5mcg/0.02ml</i>	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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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>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	
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
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		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<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
<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: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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	56
ABILIFY MAINTENA	63
<i>abiraterone acetate</i>	57
<i>abirtega</i>	57
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
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	33
ADALIMUMAB-ADBM	34
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	33
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	33
PSORIASIS/UEITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	34
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	34
PACKAGE FOR PSORIASIS/UEITIS	
ADBRY	21
<i>adefovir dipivoxil</i>	68

Nombre del medicamento	Página
ADEMPAS	41
ADTHYZA	30
ADV AIR HFA	40
<i>afirmelle</i>	25
AIMOVIG	9
AIRSUPRA	40
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>	41
<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	69
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>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>ammonium lactate</i>	21

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Última actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amnesteem</i>	20	<i>atomoxetine</i>	18
<i>amoxapine</i>	53	<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18
<i>amoxicillin</i>	49	<i>atorvastatin calcium</i>	13
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	48	<i>atovaquone</i>	62
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	48	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	62
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	17	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	62
<i>amphotericin b</i>	56	<i>atropine sulfate</i>	37
<i>amphotericin b liposome</i>	56	ATROVENT HFA	42
<i>ampicillin</i>	49	<i>aubra eq</i>	26
<i>ampicillin sodium</i>	49	AUGMENTIN	49
<i>ampicillin/sulbactam</i>	49	AUGTYRO	58
<i>ampicillin-sulbactam</i>	49	<i>aurovela 1.5/30</i>	26
<i>anagrelide hydrochloride</i>	70	<i>aurovela 1/20</i>	26
<i>anastrozole</i>	58	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	26
ANORO ELLIPTA	40	<i>aurovela fe 1/20</i>	26
<i>aprepitant</i>	54	AUSTEDO	18
APTIOM	51	AUSTEDO XR	18
APTIVUS	64	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	18
AREXVY	35	KIT	
<i>arformoterol tartrate</i>	42	AUVELITY	53
ARIKAYCE	47	<i>aviane</i>	26
<i>aripiprazole</i>	63	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	58
<i>aripiprazole odt</i>	63	AVONEX	16
ARISTADA	63	AVONEX PEN	16
ARISTADA INITIO	63	<i>ayuna</i>	26
<i>armodafinil</i>	19	AYVAKIT	58
ARMOUR THYROID	30	<i>azathioprine</i>	34
ARNUITY ELLIPTA	41	<i>azelaic acid</i>	20
<i>asenapine maleate sl</i>	63	<i>azelastine hcl</i>	37
<i>ashlyna</i>	26	<i>azelastine hcl</i>	41
ASMANEX HFA	41	<i>azelastine hydrochloride</i>	41
ASMANEX TWISTHALER 120	41	<i>azithromycin</i>	49
METERED DOSES		<i>aztreonam</i>	47
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	41	<i>azurette</i>	26
DOSES		<i>bacitracin</i>	38
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	41	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	37
DOSES		<i>baclofen</i>	9
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	41	<i>balsalazide disodium</i>	15
DOSES		BALVERSA	58
<i>aspirin/dipyridamole</i>	70	<i>balziva</i>	26
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	70	BAQSIMI ONE PACK	72
ASTAGRAF XL	34	BAQSIMI TWO PACK	72
<i>atazanavir</i>	64	BARACLUDE	68
<i>atazanavir sulfate</i>	64	<i>bcg vaccine</i>	35
<i>atenolol</i>	11	BD INSULIN SYRINGE	43
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	43	BRIMONIDINE TARTRATE	37
II/0.3ML/31G X 5/16"		<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	37
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43	<i>brinzolamide</i>	37
FINE/0.5ML/30G X 12.7MM		BRIVIACT	52
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43	<i>bromfenac sodium</i>	38
FINE/1ML/31G X 8MM		<i>bromocriptine mesylate</i>	10
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	43	BRONCHITOL	40
FINE/29G X 12.7MM		BRUKINSA	58
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	43	<i>budesonide</i>	15
<i>6mm</i>		<i>budesonide</i>	42
<i>bekyree</i>	26	<i>budesonide er</i>	15
BELSOMRA	19	<i>bumetanide</i>	14
<i>benazepril hydrochloride</i>	14	<i>buprenorphine</i>	44
<i>benazepril</i>	12	<i>buprenorphine hcl</i>	39
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	39
BENLYSTA	32	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	39
<i>benznidazole</i>	62	<i>hydrochloride</i>	
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>bupropion hydrochloride</i>	53
BESIVANCE	38	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	39
BESREMI	33	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	53
<i>betaine anhydrous</i>	74	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	53
<i>betamethasone dipropionate</i>	21	<i>buspirone hcl</i>	46
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	21	<i>buspirone hydrochloride</i>	46
<i>betamethasone valerate</i>	21	<i>butalbital/acetaminophen/cafeine</i>	19
BETASERON	16	BYDUREON BCISE	71
<i>betaxolol hcl</i>	11	BYETTA	71
<i>betaxolol hcl</i>	37	CABENUVA	66
<i>bethanechol chloride</i>	24	<i>cabergoline</i>	31
<i>bexarotene</i>	62	CABLIVI	70
BEXSERO	35	CABOMETYX	58
<i>bicalutamide</i>	57	<i>calcipotriene</i>	20
BICILLIN L-A	49	<i>calcitonin-salmon</i>	16
BIKTARVY	66	<i>calcitriol</i>	16
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>calcium acetate</i>	68
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	CALQUENCE	59
BIVIGAM	33	<i>camila</i>	29
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	26	<i>camrese</i>	26
<i>blisovi fe 1/20</i>	26	<i>camrese lo</i>	26
BOOSTRIX	35	<i>candesartan cilexetil</i>	12
BOSULIF	58	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
BRAFTOVI	58	CAPLYTA	63
BREO ELLIPTA	40	CAPRELSA	59
<i>breylna</i>	40	<i>captopril</i>	14
BREZTRI AEROSPHERE	40	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>briellyn</i>	26	<i>carbamazepine</i>	51
BRILINTA	70	<i>carbamazepine er</i>	51

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carbidopa</i>	10	<i>cilostazol</i>	70
<i>carbidopa/levodopa</i>	10	CIMDUO	67
<i>carbidopa/levodopa er</i>	10	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	16
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10	CINRYZE	33
<i>carglumic acid</i>	69	<i>ciprofloxacin</i>	50
<i>carteolol hcl</i>	37	<i>ciprofloxacin hcl</i>	49
<i>cartia xt</i>	11	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	38
<i>carvedilol</i>	11	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	50
<i>caspofungin acetate</i>	56	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	50
CAYSTON	40	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	44
<i>cefaclor</i>	48	<i>cisplatin</i>	56
<i>cefadroxil</i>	48	<i>citalopram hydrobromide</i>	54
CEFAZOLIN	48	<i>claravis</i>	20
<i>cefazolin sodium</i>	48	<i>clarithromycin</i>	49
<i>cefdinir</i>	48	<i>clarithromycin er</i>	49
<i>cefepime</i>	48	CLENPIQ	23
<i>cefepime hydrochloride</i>	48	CLIMARA PRO	26
<i>cefixime</i>	48	<i>clindacin etz pledgets</i>	47
<i>cefotaxime sodium</i>	48	<i>clindamycin hcl</i>	47
<i>cefotetan</i>	48	<i>clindamycin hydrochloride</i>	47
<i>cefoxitin sodium</i>	48	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	47
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	22
<i>cefprozil</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	47
<i>ceftazidime</i>	48	<i>clobazam</i>	50
<i>ceftazidime/dextrose</i>	48	<i>clobetasol propionate</i>	21
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	<i>clobetasol propionate e</i>	21
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>clomipramine hydrochloride</i>	53
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>clonazepam</i>	50
<i>celecoxib</i>	45	<i>clonazepam odt</i>	50
<i>cephalexin</i>	48	<i>clonidine</i>	12
CERDELGA	74	<i>clonidine hydrochloride</i>	12
<i>chateal</i>	26	<i>clopidogrel</i>	70
<i>chateal eq</i>	26	<i>clorazepate dipotassium</i>	46
CHEMET	68	<i>clotrimazole</i>	56
<i>chlorhexidine gluconate</i>	20	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	20
<i>chloroquine phosphate</i>	62	CLOVIQUE	68
<i>chlorpromazine hcl</i>	62	<i>clozapine</i>	63
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	62	<i>clozapine odt</i>	63
<i>chlorthalidone</i>	14	COARTEM	62
CHOLBAM	74	COBENFY	19
<i>cholestyramine</i>	14	COBENFY STARTER PACK	19
<i>cholestyramine light</i>	14	<i>colchicine</i>	15
<i>ciclodan</i>	22	<i>colesevelam hydrochloride</i>	14
<i>ciclopirox</i>	22	<i>colestipol hydrochloride</i>	14
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	22	<i>colistimethate sodium</i>	47
<i>ciclopirox olamine</i>	22	<i>colocort</i>	15

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COMBIGAN	37	DELSTRIGO	66
COMBIVENT RESPIMAT	40	delyla	26
COMETRIQ	59	demeclocycline hcl	50
COMPLERA	66	demeclocycline hydrochloride	50
compro	55	DENG VAXIA	36
constulose	22	DEPO-SUBQ PROVERA 104	29
COPIKTRA	59	DESCOVY	67
cortisone acetate	30	desipramine hydrochloride	53
COSENTYX	32	desmopressin acetate	25
COSENTYX SENSOREADY PEN	32	desogestrel/ethinyl estradiol	26
COSENTYX UNOREADY	32	desonide	21
COTELLIC	59	desoximetasone	21
CREON	74	desvenlafaxine er	54
cromolyn sodium	37	dexamethasone	30
cromolyn sodium	43	dexamethasone sodium phosphate	38
cromolyn sodium	74	dextroamphetamine sulfate	18
cryselle-28	26	dextroamphetamine sulfate er	18
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	43	dextrose 5%	69
CUVITRU	33	dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	69
cyclafem 1/35	26	dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	69
cyclafem 7/7/7	26	DIACOMIT	51
cyclobenzaprine hydrochloride	73	diazepam	46
cyclophosphamide	56	diazepam intensol	46
cycloserine	55	diazepam rectal gel	51
cyclosporine	34	diazoxide	72
cyclosporine	37	diclofenac potassium	45
cyclosporine modified	34	diclofenac sodium	20
cyproheptadine hydrochloride	41	diclofenac sodium	38
CYSTAGON	74	diclofenac sodium	45
CYSTARAN	37	diclofenac sodium dr	45
dalfampridine er	16	diclofenac sodium er	45
danazol	25	dicloxacillin sodium	49
dantrolene sodium	9	dicyclomine hcl	24
DANZITEN	59	dicyclomine hydrochloride	24
dapsone	55	DIFICID	49
DAPTACEL	36	diflunisal	45
daptomycin	47	digitek	13
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	47	digox	13
darunavir	64	digoxin	13
dasatinib	59	dihydroergotamine mesylate	9
dasetta 1/35	26	DILANTIN	51
dasetta 7/7/7	26	diltiazem hcl	11
DAURISMO	59	diltiazem hcl cd	11
daysee	26	diltiazem hcl er	11
deblitane	29	diltiazem hydrochloride	11
deferasirox	68	diltiazem hydrochloride er	11

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dilt-xr</i>	11	<i>efavirenz</i>	67
<i>dimethyl fumarate</i>	16	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	16	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	41	<i>effe-k</i>	69
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	22	<i>elimest</i>	26
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	36	ELIQUIS	70
<i>disulfiram</i>	39	ELIQUIS STARTER PACK	70
<i>divalproex sodium dr</i>	51	ELLA	43
<i>divalproex sodium er</i>	51	ELMIRON	24
<i>dofetilide</i>	13	<i>eltrombopag olamine</i>	71
<i>dolishale</i>	26	<i>eluryng</i>	26
<i>donepezil hcl</i>	9	EMCYT	57
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	EMGALITY	10
DOPTLET	70	EMPAVELI	32
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	38	EMSAM	53
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	37	<i>emtricitabine</i>	67
DOTTI	26	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
DOVATO	66	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 167mg; 250mg</i>	67
<i>doxazosin mesylate</i>	24	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>doxepin hcl</i>	53	EMTRIVA	67
<i>doxepin hydrochloride</i>	53	<i>emzahn</i>	29
<i>doxy 100</i>	50	<i>enalapril maleate</i>	14
<i>doxycycline</i>	50	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>doxycycline hyclate</i>	20	ENBREL	34
<i>doxycycline hyclate</i>	50	ENBREL MINI	34
<i>doxycycline monohydrate</i>	50	ENBREL SURECLICK	34
DRIZALMA SPRINKLE	54	<i>endocet</i>	45
<i>dronabinol</i>	55	ENGERIX-B	36
DROXIA	57	<i>enilloring</i>	26
<i>droxidopa</i>	12	<i>enoxaparin sodium</i>	70
DULERA	40	<i>enpresse-28</i>	26
<i>duloxetine hydrochloride</i>	54	<i>entacapone</i>	10
DUPIXENT	32	<i>entecavir</i>	68
<i>dutasteride</i>	24	ENTRESTO	12
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	43	<i>enulose</i>	23
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM	43	ENVARUS XR	34
<i>ec-naproxen</i>	46	EPIDIOLEX	52
<i>econazole nitrate</i>	56	<i>epinephrine</i>	42
EDARBI	12	<i>epitol</i>	51
EDARBYCLOR	12	<i>eplerenone</i>	13
EDURANT	66	EPRONTIA	52
EDURANT PED	67	<i>ergoloid mesylates</i>	9

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	9	FASENRA PEN	40
ERIVEDGE	59	<i>fayosim</i>	27
ERLEADA	57	<i>febuxostat</i>	15
<i>erlotinib hydrochloride</i>	59	<i>feirza 1.5/30</i>	27
<i>errin</i>	29	<i>feirza 1/20</i>	27
<i>ertapenem sodium</i>	49	<i>felbamate</i>	52
<i>ery</i>	22	<i>felodipine er</i>	11
<i>erythromycin</i>	22	<i>femynor</i>	27
<i>erythromycin</i>	38	<i>fenofibrate</i>	13
<i>erythromycin dr</i>	49	<i>fenofibrate micronized</i>	13
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	20	<i>fenofibric acid dr</i>	13
<i>escitalopram oxalate</i>	54	<i>fentanyl</i>	44
<i>eslicarbazepine acetate</i>	51	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	45
<i>esomeprazole magnesium</i>	24	FETZIMA	54
<i>estarylla</i>	26	FETZIMA TITRATION PACK	54
<i>estradiol</i>	26	FINACEA	20
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	26	<i>finasteride</i>	24
ESTRING	26	<i>fingolimod hydrochloride</i>	16
<i>eszopiclone</i>	19	FINTEPLA	52
<i>ethambutol hydrochloride</i>	55	FIRMAGON	31
<i>ethosuximide</i>	50	FLAREX	39
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	26	<i>flecainide acetate</i>	13
<i>etodolac</i>	46	<i>fluconazole</i>	56
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	26	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	56
<i>etravirine</i>	67	<i>flucytosine</i>	56
EUCRISA	21	<i>fludrocortisone acetate</i>	30
EULEXIN	57	<i>flunisolide</i>	42
EUTHYROX	30	<i>fluocinolone acetonide</i>	21
<i>everolimus</i>	34	<i>fluocinolone acetonide body</i>	21
<i>everolimus</i>	59	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	21
EVOTAZ	65	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	21
EVRYSDI	74	<i>fluocinonide</i>	21
<i>exemestane</i>	58	<i>fluorometholone</i>	39
<i>exenatide</i>	71	<i>fluorouracil</i>	20
EXKIVITY	59	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	54
<i>ezetimibe</i>	14	<i>fluphenazine decanoate</i>	62
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	14	<i>fluphenazine hcl</i>	62
FABRAZYME	74	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	62
<i>falmina</i>	27	<i>flurbiprofen</i>	46
<i>famciclovir</i>	66	<i>flurbiprofen sodium</i>	39
<i>famotidine</i>	24	<i>flutamide</i>	57
FANAPT	63	<i>fluticasone propionate</i>	21
FANAPT TITRATION PACK	63	<i>fluticasone propionate</i>	42
FARXIGA	15	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	40
FARYDAK	59	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	40
FASENRA	40	<i>fluvastatin</i>	13

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluvastatin sodium er</i>	13	<i>glipizide er</i>	71
<i>fluvoxamine maleate</i>	54	<i>glipizide xl</i>	71
<i>fondaparinux sodium</i>	70	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	71
<i>formoterol fumarate</i>	42	<i>glucagon emergency kit</i>	72
FORTEO	16	<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	72
<i>fosamprenavir calcium</i>	65	<i>glyburide</i>	71
<i>fosinopril sodium</i>	14	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	71
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>glycopyrrolate</i>	24
FOTIVDA	59	GLYXAMBI	71
FRAGMIN	70	GOMEKLI	59
FRUZAQLA	59	<i>griseofulvin microsize</i>	56
<i>furosemide</i>	14	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	56
FUZEON	65	<i>guanfacine hydrochloride</i>	12
FYAVOLV	27	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18
FYCOMPA	52	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	72
<i>gabapentin</i>	51	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72
<i>galantamine hydrobromide</i>	9	GVOKE KIT	72
<i>galantamine hydrobromide er</i>	9	GVOKE PFS	72
<i>gallifrey</i>	29	<i>hailey 1.5/30</i>	27
GAMASTAN	33	<i>hailey fe 1.5/30</i>	27
<i>ganciclovir</i>	65	<i>hailey fe 1/20</i>	27
GARDASIL 9	36	<i>halobetasol propionate</i>	21
<i>gatifloxacin</i>	38	<i>haloette</i>	27
<i>gavilyte-c</i>	23	<i>haloperidol</i>	63
<i>gavilyte-g</i>	23	<i>haloperidol decanoate</i>	62
<i>gavilyte-h</i>	23	<i>haloperidol lactate</i>	62
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	23	HAVRIX	36
GAVRETO	59	<i>heather</i>	29
<i>gefitinib</i>	59	<i>heparin sodium</i>	70
GELNIQUE	24	HEPLISAV-B	36
<i>gemfibrozil</i>	13	HIBERIX	36
GEMTESA	24	HIZENTRA	33
<i>generlac</i>	23	HUMALOG	72
<i>engraf</i>	34	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	72
GENOTROPIN	25	HUMALOG KWIKPEN	72
GENOTROPIN MINIQUICK	25	HUMALOG MIX 50/50	72
<i>gentak</i>	38	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	72
<i>gentamicin sulfate</i>	38	HUMALOG MIX 75/25	72
<i>gentamicin sulfate</i>	47	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	72
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	47	HUMATIN	47
GENVOYA	66	HUMIRA	35
GILOTRIF	59	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	34
<i>glatiramer acetate</i>	16	DISEASE STARTER PACK	
GLEOSTINE	56	HUMIRA PEN	35
<i>glimepiride</i>	71	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	34
<i>glipizide</i>	71		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	34	IMKELDI	59
STARTER PACK		IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	36
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	34	IMPAVIDO	47
HUMULIN 70/30	72	INBRIJA	10
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	72	<i>incassia</i>	29
HUMULIN N	73	INCRELEX	25
HUMULIN N KWIKPEN	73	INCRUSE ELLIPTA	42
HUMULIN R	73	<i>indapamide</i>	14
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	73	<i>indomethacin</i>	46
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	73	<i>indomethacin er</i>	46
<i>hydralazine hydrochloride</i>	15	INFANRIX	36
<i>hydrochlorothiazide</i>	14	INFLECTRA	35
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	45	INFLIXIMAB	35
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	45	INGREZZA	19
<i>hydrocortisone</i>	16	INLYTA	59
<i>hydrocortisone</i>	22	INQOVI	59
<i>hydrocortisone</i>	30	INREBIC	57
<i>hydrocortisone valerate</i>	21	<i>insulin lispro</i>	73
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	44	INTELENCE	67
<i>hydromorphone hcl</i>	45	<i>introvale</i>	27
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	45	INVEGA HAFYERA	63
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	45	INVEGA SUSTENNA	63
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	62	INVEGA TRINZA	63
<i>hydroxyurea</i>	57	IPOL INACTIVATED IPV	36
<i>hydroxyzine hcl</i>	41	<i>ipratropium bromide</i>	42
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	41	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	40
<i>hydroxyzine pamoate</i>	41	<i>irbesartan</i>	12
HYPERHEP B	33	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>ibandronate sodium</i>	16	ISENTRESS	66
IBRANCE	57	ISENTRESS HD	66
IBRANCE	59	ISONIAZID	55
<i>ibu</i>	46	<i>isosorbide dinitrate</i>	15
<i>ibuprofen</i>	46	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	12
<i>icatibant acetate</i>	33	<i>hydrochloride</i>	
<i>iclevia</i>	27	<i>isosorbide mononitrate</i>	15
ICLUSIG	59	<i>isosorbide mononitrate er</i>	15
<i>icosapent ethyl</i>	14	<i>isotretinoin</i>	20
IDHIFA	59	<i>isradipine</i>	11
IGALMI	39	ISTURISA	25
ILEVRO	39	ITOVEBI	57
<i>imatinib mesylate</i>	59	<i>itraconazole</i>	56
IMBRUVICA	59	<i>ivabradine hydrochloride</i>	12
<i>imipenem/cilastatin</i>	49	<i>ivermectin</i>	62
<i>imipramine hcl</i>	53	IWILFIN	57
<i>imipramine hydrochloride</i>	53	IXCHIQ	36
<i>imiquimod</i>	20	IXIARO	36

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>jaimiess</i>	27	<i>klor-con sprinkle</i>	69
JAKAFI	59	<i>klor-con/ef</i>	69
<i>jantoven</i>	70	KOSELUGO	60
JANUMET	71	<i>kourzeq</i>	20
JANUMET XR	71	KRAZATI	60
JANUVIA	71	<i>kurvelo</i>	27
JARDIANCE	15	<i>labetalol hydrochloride</i>	11
JAYPIRCA	59	<i>lacosamide</i>	51
<i>jencycla</i>	29	<i>lactulose</i>	23
JENTADUETO	71	LAGEVRIO	68
JENTADUETO XR	71	<i>lamivudine</i>	67
<i>jinteli</i>	27	<i>lamivudine</i>	68
<i>jolessa</i>	27	<i>lamivudine/zidovudine</i>	67
JOURNAVX	45	<i>lamotrigine</i>	52
JUBLIA	56	<i>lamotrigine er</i>	52
JULUCA	66	<i>lamotrigine odt</i>	52
<i>junel 1.5/30</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	52
<i>junel 1/20</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	52
<i>junel fe 1.5/30</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	52
<i>junel fe 1/20</i>	27	<i>lansoprazole</i>	24
JYLAMVO	35	LANTUS	73
JYNNEOS	36	LANTUS SOLOSTAR	73
KALYDECO	40	<i>lapatinib ditosylate</i>	60
<i>kariva</i>	27	<i>larin 1.5/30</i>	27
<i>kelnor 1/35</i>	27	<i>larin 1/20</i>	27
<i>kelnor 1/50</i>	27	<i>larin fe 1.5/30</i>	27
KERENDIA	13	<i>larin fe 1/20</i>	27
KESIMPTA	16	<i>larissia</i>	27
<i>ketoconazole</i>	56	<i>latanoprost</i>	39
<i>ketorolac tromethamine</i>	39	LAZCLUZE	57
<i>ketorolac tromethamine</i>	46	<i>leflunomide</i>	35
<i>kimidess</i>	27	<i>lenalidomide</i>	56
KINERET	32	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	60
KINRIX	36	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	60
<i>kionex</i>	68	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	60
KISQALI	60	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	60
KISQALI FEMARA 200 DOSE	57	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	60
KISQALI FEMARA 400 DOSE	57	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	60
KISQALI FEMARA 600 DOSE	57	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	60
<i>klayesta</i>	56	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	60
<i>klor-con</i>	69	<i>lessina</i>	27
<i>klor-con 10</i>	69	<i>letrozole</i>	58
<i>klor-con 8</i>	69	<i>leucovorin calcium</i>	57
<i>klor-con m10</i>	69	LEUKERAN	56
<i>klor-con m15</i>	69	<i>leuprolide acetate</i>	31
<i>klor-con m20</i>	69	<i>levalbuterol</i>	43

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>levalbuterol hcl</i>	42	<i>lorcet</i>	45
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	43	<i>lorcet hd</i>	45
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	43	<i>lorcet plus</i>	45
<i>levetiracetam</i>	52	<i>losartan potassium</i>	13
<i>levetiracetam er</i>	52	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>levobunolol hcl</i>	37	LOTEMAX SM	39
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	41	<i>lovastatin</i>	13
<i>levofloxacin</i>	38	<i>low-ogestrel</i>	27
<i>levofloxacin</i>	50	<i>loxapine</i>	63
<i>levofloxacin in d5w</i>	50	<i>lubiprostone</i>	23
<i>levonest</i>	27	LUMAKRAS	60
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	27	LUMIGAN	39
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	27	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	31
<i>levora 0.15/30-28</i>	27	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	31
LEVO-T	30	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	31
<i>levothyroxine sodium</i>	30	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	31
LEVOXYL	30	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	31
LEXIVA	65	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	31
<i>l-glutamine</i>	74	<i>lurasidone hydrochloride</i>	63
LIBERVANT	51	<i>lutura</i>	27
<i>lidocaine</i>	46	LYBALVI	64
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	20	<i>lyleq</i>	29
<i>lidocaine viscous</i>	20	<i>lyllana</i>	27
<i>lidocaine/prilocaine</i>	46	LYNPARZA	60
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	46	LYSODREN	58
LILETTA	29	LYTGOBI	60
<i>lillow</i>	27	LYUMJEV	73
<i>linezolid</i>	47	LYUMJEV KWIKPEN	73
LINZESS	23	<i>lyza</i>	29
<i>liothyronine sodium</i>	30	<i>magnesium sulfate</i>	69
<i>lisinopril</i>	15	<i>malathion</i>	22
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>maraviroc</i>	65
<i>lithium</i>	39	<i>marlissa</i>	28
<i>lithium carbonate</i>	39	MARPLAN	53
<i>lithium carbonate er</i>	39	MATULANE	56
LIVMARLI	23	<i>matzim la</i>	11
LIVTENCITY	65	MAVYRET	66
<i>lojaimiess</i>	27	MAYZENT	17
LOKELMA	68	MAYZENT STARTER PACK	17
LONSURF	57	<i>meclizine hcl</i>	55
<i>loperamide hydrochloride</i>	22	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	29
<i>lopinavir/ritonavir</i>	65	<i>mefloquine hydrochloride</i>	62
<i>loprezza</i>	27	<i>megestrol acetate</i>	30
<i>lorazepam</i>	47	MEKINIST	60
<i>lorazepam intensol</i>	47	MEKTOVI	60
LORBRENA	60	<i>meloxicam</i>	46

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>memantine hcl titration pak</i>	9	<i>midodrine hydrochloride</i>	12
<i>memantine hydrochloride</i>	9	<i>mifepristone</i>	31
<i>memantine hydrochloride er</i>	9	<i>miglustat</i>	74
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	9	<i>mili</i>	28
MENACTRA	36	<i>mimvey</i>	28
MENEST	28	<i>mimvey lo</i>	28
MENQUADFI	36	<i>minocycline hcl</i>	50
MENVEO	36	<i>minocycline hydrochloride</i>	50
<i>mercaptopurine</i>	57	<i>minoxidil</i>	15
<i>meropenem</i>	49	<i>mirtazapine</i>	53
<i>mesalamine</i>	15	<i>mirtazapine odt</i>	53
<i>mesalamine dr</i>	15	<i>misoprostol</i>	24
<i>mesalamine er</i>	15	M-M-R II	36
MESNA	58	<i>modafinil</i>	19
MESNEX	58	<i>moexipril hydrochloride</i>	15
<i>metformin hydrochloride</i>	72	<i>molindone hydrochloride</i>	63
<i>metformin hydrochloride er</i>	72	<i>mometasone furoate</i>	22
<i>methadone hcl</i>	44	<i>mometasone furoate</i>	42
<i>methadone hydrochloride</i>	44	<i>mondoxyne nl</i>	50
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	44	<i>mono-lynyah</i>	28
<i>methazolamide</i>	37	<i>mononessa</i>	28
<i>methenamine hippurate</i>	47	<i>montelukast sodium</i>	42
<i>methimazole</i>	31	<i>morgidox 1x100mg</i>	50
<i>methocarbamol</i>	73	<i>morgidox 2x100mg</i>	50
<i>methotrexate</i>	35	<i>morphine sulfate</i>	45
<i>methotrexate sodium</i>	35	<i>morphine sulfate er</i>	44
<i>methsuximide</i>	50	MOTEGRITY	23
METHYLDOPA	12	MOUNJARO	72
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	18	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	50
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	18	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone</i>	30	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	38
<i>methylprednisolone dose pack</i>	30	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	50
<i>metoclopramide hcl</i>	23	MRESVIA	36
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	23	MULTAQ	13
<i>metolazone</i>	14	<i>mupirocin</i>	22
<i>metoprolol succinate er</i>	11	<i>mycophenolate mofetil</i>	35
<i>metoprolol tartrate</i>	11	<i>mycophenolic acid dr</i>	35
<i>metronidazole</i>	20	<i>myorisan</i>	21
<i>metronidazole</i>	47	MYRBETRIQ	24
<i>metronidazole vaginal</i>	47	<i>nabumetone</i>	46
<i>metyrosine</i>	12	<i>nadolol</i>	11
<i>mexiletine hydrochloride</i>	13	<i>nafcillin sodium</i>	49
<i>microgestin 1.5/30</i>	28	<i>naloxone hcl</i>	39
<i>microgestin 1/20</i>	28	<i>naloxone hydrochloride</i>	39
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	28	<i>naltrexone hydrochloride</i>	39
<i>microgestin fe 1/20</i>	28	NAMZARIC	9

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>naproxen</i>	46	NIVA THYROID	30
<i>naproxen dr</i>	46	<i>nizatidine</i>	24
<i>naproxen sodium</i>	46	<i>nora-be</i>	30
<i>naratriptan hcl</i>	9	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	28
NATACYN	38	<i>norethindrone</i>	30
<i>nateglinide</i>	72	<i>norethindrone acetate</i>	30
NAYZILAM	52	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	28
<i>nebivolol hydrochloride</i>	11	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	28
<i>necon 0.5/35-28</i>	28	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	28
<i>necon 7/7/7</i>	28	<i>norlyda</i>	30
<i>nefazodone hydrochloride</i>	54	<i>norlyroc</i>	30
<i>neomycin sulfate</i>	47	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	28
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	38	<i>nortrel 1/35</i>	28
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	38	<i>nortrel 7/7/7</i>	28
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis one</i>	38	<i>nortriptyline hcl</i>	53
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	38	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	53
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	38	NORVIR	65
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	44	NOVOLIN 70/30	73
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	44	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	73
<i>neo-polycin</i>	38	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	73
<i>neo-polycin hc</i>	38	NOVOLIN 70/30 RELION	73
NERLYNX	60	NOVOLIN N	73
NEULASTA	71	NOVOLIN N FLEXPEN	73
NEULASTA ONPRO KIT	71	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	73
<i>nevirapine</i>	67	NOVOLIN N RELION	73
<i>nevirapine er</i>	67	NOVOLIN R	73
NEXLETOL	14	NOVOLIN R FLEXPEN	73
NEXLIZET	14	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	73
NEXPLANON	30	NOVOLIN R RELION	73
<i>niacin er</i>	14	NOVOLOG	73
NICOTROL NS	39	NOVOLOG FLEXPEN	73
<i>nifedipine er</i>	11	NOVOLOG FLEXPEN RELION	73
<i>nilotinib</i>	60	NOVOLOG MIX 70/30	73
<i>nilutamide</i>	57	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	73
<i>nimodipine</i>	11	FLEXPEN	
NINLARO	60	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	73
<i>nitazoxanide</i>	62	FLEXPEN RELION	
<i>nitisinone</i>	74	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	73
NITRO-BID	15	NOVOLOG PENFILL	73
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	47	NOVOLOG RELION	73
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	48	<i>np thyroid 120</i>	30
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	47	<i>np thyroid 15</i>	30
<i>nitroglycerin</i>	15	<i>np thyroid 30</i>	31
<i>nitroglycerin</i>	23	<i>np thyroid 60</i>	31
<i>nitroglycerin transdermal</i>	15	<i>np thyroid 90</i>	31

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NUBEQA	57	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	44
NUCALA	40	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	44
NUEDEXTA	19	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	44
NUPLAZID	64	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	44
NUTRILIPID	43	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	44
<i>nyamyc</i>	56	<i>ondansetron hcl</i>	55
<i>nylia 1/35</i>	28	<i>ondansetron hydrochloride</i>	55
<i>nylia 7/7/7</i>	28	<i>ondansetron odt</i>	55
<i>nymyo</i>	28	ONPATTRO	74
<i>nystatin</i>	56	ONUREG	58
<i>nystatin/triamcinolone</i>	20	OPIPZA	64
<i>nystatin/triamcinolone acetoneide</i>	20	OPSUMIT	41
<i>nystop</i>	56	OPVEE	39
<i>octreotide acetate</i>	31	<i>oralone dental paste</i>	20
ODEFSEY	67	ORENCIA	32
ODOMZO	60	ORENCIA	35
OFEV	40	ORENCIA CLICKJECT	32
<i>ofloxacin</i>	38	ORENITRAM	41
<i>ofloxacin</i>	44	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
OGSIVEO	58	1	
OJEMDA	58	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
OJJAARA	60	2	
<i>olanzapine</i>	64	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
<i>olanzapine odt</i>	64	3	
<i>olmesartan medoxomil</i>	13	ORGOVYX	31
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12	ORKAMBI	40
<i>olopatadine hydrochloride</i>	37	<i>orphenadrine citrate er</i>	73
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14	ORSERDU	57
<i>omeprazole</i>	24	<i>orsythia</i>	28
<i>omeprazole dr</i>	24	<i>oseltamivir phosphate</i>	65
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	43	OSMOLEX ER	10
(GEN 5)		OSPHERA	25
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	43	OTEZLA	20
(GEN 5)		OTEZLA	32
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	43	<i>oxacillin sodium</i>	49
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	43	<i>oxaprozin</i>	46
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	43	<i>oxcarbazepine</i>	51
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	43	<i>oxybutynin chloride</i>	24
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	43	<i>oxybutynin chloride er</i>	24
KIT (GEN 3)		<i>oxycodone hydrochloride</i>	45
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	43	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	45
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	43	OZEMPIC	72
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	43	PACERONE	13
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	43	<i>paliperidone er</i>	64
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	43	PANRETIN	62
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	44	<i>pantoprazole sodium</i>	24

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>paricalcitol</i>	16	<i>pioglitazone hcl</i>	72
<i>paroex</i>	20	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	72
<i>paromomycin sulfate</i>	47	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	72
<i>paroxetine hcl</i>	54	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	49
<i>paroxetine hydrochloride</i>	54	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	60
PASER	55	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	60
PAXLOVID	68	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	60
<i>pazopanib hydrochloride</i>	60	<i>pirfenidone</i>	40
PEDIARIX	36	<i>pirmella 1/35</i>	28
PEDVAX HIB	36	<i>pirmella 7/7/7</i>	28
<i>peg 3350/electrolytes</i>	23	<i>piroxicam</i>	46
<i>peg-3350/electrolytes</i>	23	<i>pitavastatin calcium</i>	13
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	23	PLENAMINE	69
PEGASYS	33	<i>podofilox</i>	20
PEGASYS	35	<i>polycin</i>	38
<i>pegylax</i>	23	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	38
PEMAZYRE	60	POMALYST	56
PENBRAYA	36	<i>portia-28</i>	28
<i>penicillamine</i>	68	<i>posaconazole</i>	56
<i>penicillin g sodium</i>	49	<i>posaconazole dr</i>	56
<i>penicillin v potassium</i>	49	<i>potassium chloride</i>	69
PENTACEL	36	<i>potassium chloride er</i>	69
<i>pentamidine isethionate</i>	62	<i>potassium chloride sr</i>	69
<i>pentoxifylline er</i>	12	<i>potassium citrate er</i>	70
<i>perindopril erbumine</i>	15	PRALUENT	14
<i>periogard</i>	20	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10
<i>permethrin</i>	22	<i>prasugrel hydrochloride</i>	70
<i>perphenazine</i>	63	<i>pravastatin sodium</i>	14
PERSERIS	64	<i>praziquantel</i>	62
<i>phenadoz</i>	55	<i>prazosin hydrochloride</i>	10
<i>phenelzine sulfate</i>	53	<i>prednisolone</i>	30
<i>phenobarbital</i>	51	<i>prednisolone acetate</i>	39
PHENYTEK	52	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	30
<i>phenytoin</i>	52	<i>prednisone</i>	30
<i>phenytoin infatabs</i>	52	<i>pregabalin</i>	51
<i>phenytoin sodium extended</i>	52	PREHEVBRIO	36
PHESGO	58	PREMARIN	28
<i>philith</i>	28	<i>premium lidocaine</i>	46
PIFELTRO	67	PREMPHASE	28
<i>pilocarpine hcl</i>	37	PREMPRO	28
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	20	<i>prenatal</i>	70
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	37	<i>prevalite</i>	14
<i>pimecrolimus</i>	22	<i>previfem</i>	28
<i>pimozide</i>	63	PREVYMIS	65
<i>pimtrea</i>	28	PREZCOBIX	65
<i>pindolol</i>	11	PREZISTA	65

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PRIFTIN	55	quinidine sulfate	13
primaquine phosphate	62	quinine sulfate	62
primidone	51	QULIPTA	10
PRIORIX	36	QVAR REDIHALER	42
PRIVIGEN	33	RABAVERT	36
PROAIR RESPICLICK	43	rabeprazole sodium	24
probenecid	15	RALDESY	54
probenecid/colchicine	15	raloxifene hydrochloride	25
prochlorperazine	55	ramelteon	19
prochlorperazine maleate	55	ramipril	15
PROCRIPT	71	ranolazine er	12
procto-med hc	16	rasagiline mesylate	10
proctosol hc	16	RAYALDEE	16
proctozone-hc	16	REBIF	17
progesterone	30	REBIF REBIDOSE	17
PROGRAF	35	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17
PROLASTIN-C	74	REBIF TITRATION PACK	17
PROLIA	16	RECOMBIVAX HB	36
PROMACTA	71	RELENZA DISKHALER	66
promethazine hcl	55	RELISTOR	23
promethazine hydrochloride	55	RENFLEXIS	35
promethazine hydrochloride plain	55	RENTHYROID	31
promethegan	55	repaglinide	72
propafenone hcl	13	REPATHA	14
propafenone hydrochloride	13	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14
propafenone hydrochloride er	13	REPATHA SURECLICK	14
propranolol hcl	11	RESTASIS	38
propranolol hydrochloride	11	RESTASIS MULTIDOSE	38
propranolol hydrochloride er	11	RETACRIT	71
propylthiouracil	31	RETEVMO	60
PROQUAD	36	REVCovi	74
protriptyline hcl	53	REVLIMID	56
prucalopride	23	REVUFORJ	58
PULMOZYME	40	REXULTI	64
PURIXAN	57	REYATAZ	65
pyrazinamide	55	REZLIDHIA	61
pyridostigmine bromide	10	REZUROCK	35
pyrimethamine	62	RHOPRESSA	37
PYRUKYND	74	ribavirin	66
PYRUKYND TAPER PACK	74	rifabutin	55
QINLOCK	60	rifampin	55
QUADRACEL	36	riluzole	19
quetiapine fumarate	64	RINVOQ	32
quetiapine fumarate er	64	RINVOQ LQ	32
quinapril hydrochloride	15	risedronate sodium	16
quinapril/hydrochlorothiazide	12	risperidone	64

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>risperidone er</i>	64	<i>sevelamer carbonate</i>	68
<i>risperidone odt</i>	64	SFROWASA	15
<i>ritonavir</i>	65	<i>sharobel</i>	30
<i>rivastigmine tartrate</i>	9	SHINGRIX	36
<i>rivastigmine transdermal system</i>	9	SIGNIFOR	31
<i>rivelsa</i>	28	<i>sildenafil citrate</i>	41
RIVFLOZA	44	<i>silodosin</i>	24
<i>rizatriptan benzoate</i>	9	<i>silver sulfadiazine</i>	20
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9	SIMBRINZA	38
ROCKLATAN	38	<i>simliya</i>	28
<i>roflumilast</i>	43	<i>simpepe</i>	29
ROLVEDON	71	<i>simvastatin</i>	14
ROMVIMZA	61	<i>sirolimus</i>	35
<i>ropinirole er</i>	10	SIRTURO	55
<i>ropinirole hcl</i>	10	SKYCLARYS	44
<i>ropinirole hydrochloride</i>	10	SKYRIZI	32
<i>rosadan</i>	21	SKYRIZI PEN	32
<i>rosuvastatin calcium</i>	14	<i>sodium chloride</i>	70
<i>rosyrah</i>	28	<i>sodium chloride 0.45%</i>	70
ROTARIX	36	<i>sodium chloride 0.9%</i>	44
ROTATEQ	36	<i>sodium oxybate</i>	19
<i>roweepra</i>	52	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74
<i>roweepra xr</i>	52	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	68
ROZLYTREK	61	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	23
RUBRACA	61	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	66
<i>rufinamide</i>	52	<i>solifenacin succinate</i>	24
RUKOBIA	65	SOLQUA 100/33	72
RYBELSUS	72	SOLTAMOX	57
RYDAPT	61	SOMAVERT	31
RYTARY	10	<i>sorafenib</i>	61
<i>sajazir</i>	33	<i>sorafenib tosylate</i>	61
SANDIMMUNE	35	<i>sorine</i>	13
SANTYL	20	<i>sotalol hcl</i>	13
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74	<i>sotalol hydrochloride</i>	13
SAVELLA	17	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	13
SAVELLA TITRATION PACK	17	SOTYKTU	20
SCEMBLIX	61	SPEVIGO	22
<i>scopolamine</i>	55	SPIRIVA RESPIMAT	42
SECUADO	64	<i>spironolactone</i>	13
<i>selegiline hcl</i>	10	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>selenium sulfide</i>	22	SPRAVATO 56MG DOSE	53
SELZENTRY	65	SPRAVATO 84MG DOSE	53
SEREVENT DISKUS	43	<i>sprintec 28</i>	29
<i>sertraline hcl</i>	54	SPRITAM	52
<i>sertraline hydrochloride</i>	54	SPRYCEL	61
<i>setlakin</i>	28		

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SPS	68	<i>tarina fe 1/20</i>	29
<i>sronyx</i>	29	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	29
<i>ssd</i>	20	TASIGNA	61
STAMARIL	36	TAVNEOS	32
<i>stavudine</i>	67	<i>tazarotene</i>	21
STEQEYMA	32	TAZICEF	48
STIOLTO RESPIMAT	40	<i>taztia xt</i>	11
STIVARGA	61	TAZVERIK	61
<i>streptomycin sulfate</i>	47	TDVAX	36
STRIBILD	66	TEFLARO	48
<i>subvenite</i>	52	TEGSEDI	74
<i>subvenite starter kit/blue</i>	52	<i>telmisartan</i>	13
<i>subvenite starter kit/green</i>	52	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>subvenite starter kit/orange</i>	52	<i>temazepam</i>	19
SUCRAID	74	TEMIXYS	67
<i>sucrafate</i>	24	TENIVAC	36
<i>sulfacetamide sodium</i>	38	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	38	TEPMETKO	61
<i>phosphate</i>		<i>terazosin hcl</i>	24
<i>sulfadiazine</i>	50	<i>terazosin hydrochloride</i>	24
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	50	<i>terbinafine hcl</i>	56
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	50	<i>terconazole</i>	56
<i>sulfasalazine</i>	15	<i>teriparatide</i>	16
<i>sulindac</i>	46	<i>testosterone</i>	25
<i>sumatriptan</i>	9	<i>testosterone cypionate</i>	25
<i>sumatriptan succinate</i>	9	<i>testosterone enanthate</i>	25
<i>sunitinib malate</i>	61	<i>testosterone pump</i>	25
SUNLENCA	65	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-	37
SUTAB	23	ADSORBED ADULT	
SYMPAZAN	51	<i>tetrabenazine</i>	19
SYMTUZA	65	<i>tetracycline hydrochloride</i>	50
SYNJARDY	72	TEVIMBRA	57
SYNJARDY XR	72	THALOMID	57
SYNRIBO	58	<i>theophylline er</i>	43
SYNTHROID	31	<i>thioridazine hydrochloride</i>	63
TABLOID	57	<i>thiothixene</i>	63
TABRECTA	61	THYROID	31
<i>tacrolimus</i>	22	<i>tiadylt er</i>	11
<i>tacrolimus</i>	35	<i>tiagabine hydrochloride</i>	51
<i>tadalafil</i>	24	TIBSOVO	61
<i>tadalafil</i>	41	TICOVAC	37
TAFINLAR	61	<i>tigecycline</i>	48
TAGRISSO	61	<i>timolol maleate</i>	10
TALZENNA	61	<i>timolol maleate</i>	37
<i>tamoxifen citrate</i>	57	<i>tinidazole</i>	48
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	24	<i>tiotropium bromide</i>	42

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TIVICAY	66	trifluoperazine hydrochloride	63
TIVICAY PD	66	trifluridine	38
tizanidine hcl	9	trihexyphenidyl hydrochloride	10
tizanidine hydrochloride	9	TRIJARDY XR	72
TOBI PODHALER	40	TRIKAFTA	41
TOBRADEX	38	tri-linyah	29
TOBRADEX ST	38	trilyte	23
tobramycin	38	trimethoprim	48
tobramycin	40	tri-mili	29
tobramycin sulfate	47	trimipramine maleate	54
tobramycin/dexamethasone	38	trinessa	29
tolterodine tartrate	25	TRINTELLIX	54
tolterodine tartrate er	25	tri-nymyo	29
topiramate	52	tri-previfem	29
topotecan hcl	58	tri-sprintec	29
topotecan hydrochloride	58	TRIUMEQ	67
toremifene citrate	57	TRIUMEQ PD	67
torpenz	61	trivora-28	29
torsemide	14	tri-vylibra	29
TOUJEO MAX SOLOSTAR	73	TRIZIVIR	67
TOUJEO SOLOSTAR	73	trospium chloride	25
TRADJENTA	72	trospium chloride er	25
tramadol hydrochloride	45	TRULICITY	72
tramadol hydrochloride/acetaminophen	45	TRUMENBA	37
trandolapril	15	TRUQAP	61
trandolapril/verapamil hcl er	12	TRUSELTIQ	58
tranexamic acid	70	TRYNGOLZA	14
tranylcypromine sulfate	53	TUKYSA	61
trazodone hydrochloride	54	tulana	30
TRECATOR	55	TURALIO	61
TRELEGY ELLIPTA	40	turqoz	29
TRELSTAR MIXJECT	31	TWINRIX	37
TRESIBA	73	TYBOST	65
TRESIBA FLEXTOUCH	73	TYMLOS	16
tretinoin	21	TYPHIM VI	37
tretinoin	62	TYRVAYA	39
tri femynor	29	UBRELVY	10
triamcinolone acetonide	22	UDENYCA	71
triamcinolone acetonide	30	UDENYCA ONBODY	71
triamcinolone acetonide dental paste	20	ulticare micro pen needles/32g x 5/32"	44
triamterene	14	unifine pentips 32gx6mm	44
triamterene/hydrochlorothiazide	12	UNITHROID	31
triderm	22	urea	20
trientine hydrochloride	68	ursodiol	23
tri-estarylla	29	valacyclovir hydrochloride	66
trifluoperazine hcl	63	VALCHLOR	56

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	65	<i>vilazodone hydrochloride</i>	54
<i>valganciclovir hydrochloride solution</i>	65	VIMKUNYA	37
<i>50mg/ml</i>		<i>viorele</i>	29
<i>valproic acid</i>	52	VIRACEPT	65
<i>valsartan</i>	13	VIREAD	68
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	12	VISTOGARD	44
VALTOCO 10 MG DOSE	51	VITRAKVI	61
VALTOCO 15 MG DOSE	51	VIVITROL	39
VALTOCO 20 MG DOSE	51	VIVOTIF	37
VALTOCO 5 MG DOSE	51	VIZIMPRO	61
<i>valtya 1/50</i>	29	VOCABRIA	66
<i>vancomycin hcl</i>	48	<i>volnea</i>	29
<i>vancomycin hydrochloride</i>	48	VONJO	58
VANFLYTA	61	VORANIGO	58
VAQTA	37	<i>voriconazole</i>	56
<i>varenicline starting month</i>	39	VOSEVI	66
<i>varenicline tartrate</i>	39	VOWST	23
VARIVAX	37	VRAYLAR	64
VAXCHORA	37	VUMERITY	17
VAXELIS	37	<i>vyfemla</i>	29
VELPHORO	68	VYJUVEK	66
VELTASSA	68	<i>vylibra</i>	29
VENCLEXTA	61	VYNDAMAX	12
VENCLEXTA STARTING PACK	61	VYZULTA	39
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	54	<i>warfarin sodium</i>	70
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	54	WELIREG	74
VENTAVIS	41	<i>wera</i>	29
VEOPOZ	33	WEZLANA	33
VEOZAH	19	<i>wixela inhub</i>	40
<i>verapamil hcl</i>	11	XALKORI	61
<i>verapamil hcl er</i>	11	XARELTO	70
<i>verapamil hcl sr</i>	11	XARELTO STARTER PACK	70
<i>verapamil hydrochloride</i>	11	XATMEP	35
<i>verapamil hydrochloride er</i>	11	XCOPRI	52
VERQUVO	15	XDEMVO	38
VERSACLOZ	63	XELJANZ	33
VERZENIO	61	XELJANZ XR	33
V-GO 20	44	XERMELO	22
V-GO 30	44	XGEVA	16
V-GO 40	44	XIFAXAN	23
<i>vicodin hp</i>	45	XIGDUO XR	72
<i>vienva</i>	29	XIIDRA	38
<i>vigabatrin</i>	51	XOFLUZA	66
<i>vigadrone</i>	51	XOLAIR	33
VIGAFYDE	51	XOLREMDI	71
<i>vigpoder</i>	51	XOSPATA	61

ID de formulario: 25381, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página
XPOVIO	61
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	62
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	62
XTAMPZA ER	44
XTANDI	57
<i>xulane</i>	29
<i>yargesa</i>	74
YF-VAX	37
YUPELRI	42
<i>yuvaferm</i>	29
<i>zafemy</i>	29
<i>zafirlukast</i>	42
<i>zaleplon</i>	19
ZARXIO	71
ZEJULA	62
ZELBORAF	62
<i>zenatane</i>	21
ZENPEP	74
ZEPOSIA	17
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	17
ZEPOSIA STARTER KIT	17
<i>zidovudine</i>	68

Nombre del medicamento	Página
<i>ziprasidone hcl</i>	64
<i>ziprasidone mesylate</i>	64
ZIRGAN	38
ZOKINVY	44
ZOLINZA	58
<i>zolmitriptan</i>	9
<i>zolpidem tartrate</i>	19
<i>zolpidem tartrate er</i>	19
ZONISADE	52
<i>zonisamide</i>	52
<i>zovia 1/35</i>	29
<i>zovia 1/35e</i>	29
ZTALMY	51
ZURZUVAE	53
ZYDELIG	62
ZYKADIA	62
ZYLET	38
ZYPREXA RELPREVV	64



A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Este formulario se actualizó el 06/02/2025. 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.