



A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Formulario 2026 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): 26210 Versión número: 7

Este formulario se actualizó el 08/06/2025. 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 01/01/2026. 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 2026 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 2026 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, 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 01/01/2026. 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 82. En el Índice se proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están incluidos en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar la información de cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Senior Care Plus cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration,

FDA) por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

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

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

Puede solicitarle a Senior Care Plus que realice una excepción a estas restricciones o límites o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Senior Care Plus?” en la página 4 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Senior Care Plus?

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

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

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

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

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

Como miembro nuevo o que continúa con la cobertura de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario. O bien, quizás esté tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, pero sus posibilidades de obtenerlo son limitadas. Por ejemplo, quizás necesite una autorización previa nuestra antes de poder surtir su receta. Debe consultar a su médico para decidir si debería cambiar el medicamento por uno adecuado que cubramos o si debería solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar la forma de proceder correcta para usted, es posible que, en ciertos casos, cubramos su medicamento durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que se convierte en miembro de nuestro plan.

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

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, pero ya transcurrieron los

primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

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

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

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

Obtenga más información a través de los siguientes canales

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

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

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

Formulario de Senior Care Plus

El formulario que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Senior Care Plus. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 82.

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 47 %	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 \$5.10	De \$0 a \$5.10	De \$0 a \$12.65	De \$0 a \$12.65	Coseguro del 33 %	\$0
Enriched Duals (D-SNP) 026	De \$0 a \$5.10	De \$0 a \$5.10	De \$0 a \$12.65	De \$0 a \$12.65	Coseguro del 33 %	\$0
Washoe County EGWP (803)	\$2	\$8	\$41 Insulinas seleccionadas: \$35	\$94	Coseguro del 33 %	\$0

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>ergoloid mesylates tablet 1mg</i>	4	
<i>memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tablet 0</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 14mg, 21mg, 28mg, 7mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg</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 capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution 4mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>tizanidine hcl tablet 2mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride tablet 4mg</i>	2	
Agentes antiataquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl tablet 1mg, 2.5mg</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/cafeine tablet 100mg; 1mg</i>	3	QL(24 EA por 28 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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 TABLET 10MG, 30MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY TABLET 100MG, 50MG	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Agentes antimiasténicos		
Parasympaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone tablet 200mg</i>	3	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule 5mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate tablet 2.5mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride tablet 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	2	
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</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 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tablet 2mg, 5mg</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule 5mg</i>	3	
<i>selegiline hcl tablet 5mg</i>	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa er tablet extended release 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
INBRIJA CAPSULE 42MG	5	PA
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75MG; 95MG, 36.25MG; 145MG, 48.75MG; 195MG, 61.25MG; 245MG	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg</i>	2	
<i>atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet 10mg, 5mg</i>	3	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>isradipine capsule 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>nimodipine capsule 30mg</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	
<i>dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd capsule extended release 24 hour 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour 120mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</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 tablet extended release 24 hour 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>taztia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>tiadylt er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</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 tablet 150mg, 300mg</i>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tablet 5mg; 50mg</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride capsule 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate/valsartan tablet 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	6	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tablet 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone tablet 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	6	
<i>captopril/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg, 50mg; 25mg</i>	6	
EDARBYCLOR TABLET 40MG; 12.5MG, 40MG; 25MG	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	6	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	3	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
ENTRESTO TABLET 24MG; 26MG, 49MG; 51MG, 97MG; 103MG	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tablet 37.5mg; 20mg</i>	4	
<i>ivabradine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg</i>	6	
<i>metyrosine capsule 250mg</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	6	
<i>pentoxifylline er tablet extended release 400mg</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6	
<i>ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000mg, 500mg</i>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 25mg</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er tablet extended release 1mg; 240mg, 2mg; 180mg, 2mg; 240mg, 4mg; 240mg</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	6	
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tablet 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine patch weekly 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	4	
<i>droxidopa capsule 100mg</i>	4	PA
<i>droxidopa capsule 200mg, 300mg</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride tablet 1mg, 2mg</i>	4	
METHYLDOPA TABLET 250MG, 500MG	4	
<i>midodrine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	6	
EDARBI TABLET 40MG, 80MG	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>irbesartan tablet 150mg, 300mg, 75mg</i>	6	
<i>losartan potassium tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>telmisartan tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>valsartan tablet 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tablet 25mg, 50mg</i>	3	
KERENDIA TABLET 10MG, 20MG, 40MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digoxin solution 0.05mg/ml</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>digox tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ TABLET 400MG	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er capsule extended release 12 hour 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 225mg, 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet 200mg, 300mg</i>	4	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af) tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipídicos, 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 capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i>	2	
Dislipídicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg</i>	4	
<i>fluvastatin capsule 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light packet 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine light powder 4gm/dose</i>	4	
<i>cholestyramine packet 4gm</i>	3	
<i>cholestyramine powder 4gm/dose</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet 625mg</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride granules 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride packet 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tablet 1gm</i>	3	
<i>ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	6	
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm</i>	4	
NEXLETOL TABLET 180MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm</i>	3	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite packet 4gm</i>	4	
<i>prevalite powder 4gm/dose</i>	4	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJECTION 420MG/3.5ML	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>triamterene capsule 100mg, 50mg</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection 0.25mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>furosemide injection 10mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torseamide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>hydrochlorothiazide capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</i>		
<i>benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)</i>		
<i>dapagliflozin propanediol tablet 10mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i>		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg</i>	2	
NITRO-BID OINTMENT 2%	4	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i>		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	2	
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol tablet 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tablet 0.6mg</i>	3	
<i>febuxostat tablet 40mg, 80mg</i>	4	
<i>probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg</i>	2	
<i>probenecid tablet 500mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium capsule 750mg</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 500mg</i>	4	
<i>mesalamine enema 4gm</i>	4	
<i>mesalamine kit 4gm</i>	5	
<i>mesalamine suppository 1000mg</i>	4	
SFROWASA ENEMA 4GM/60ML	5	
<i>sulfasalazine tablet delayed release 500mg</i>	2	
<i>sulfasalazine tablet 500mg</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er tablet extended release 24 hour 9mg</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc cream 2.5%</i>	2	
<i>proctosol hc cream 2.5%</i>	2	
<i>proctozone-hc cream 2.5%</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)
BONSITY INJECTION 560MCG/2.24ML	5	PA
<i>calcitonin-salmon solution 200unit/act</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
FORTEO INJECTION 560MCG/2.24ML	5	PA
<i>ibandronate sodium tablet 150mg</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI INJECTION 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 días)
<i>paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	3	
RAYALDEE CAPSULE EXTENDED RELEASE 30MCG	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 injection 560mcg/2.24ml</i>	5	PA
TYMLOS INJECTION 3120MCG/1.56ML	5	PA
WYOST INJECTION 120MG/1.7ML	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
BETASERON INJECTION 0.3MG	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack capsule delayed release therapy pack 0</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg</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 INJECTION 20MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA; (7 tablet Starter Pack)
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA; (12 tablet Starter Pack)
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 REBIDOSE TITRATION PACK INJECTION 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF REBIDOSE INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF TITRATION PACK INJECTION 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	3	QL(110 EA por 365 días)
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</i>		
<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

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</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)
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</i>		
<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 tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (12mg & 18mg & 24mg & 30mg Pack)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA; (6mg & 12mg & 24mg Pack)
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG, 18MG, 24MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
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 THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 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 CAPSULE 20MG; 10MG	5	PA
<i>riluzole tablet 50mg</i>	4	
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg</i>	4	PA
<i>tetrabenazine tablet 25mg</i>	5	PA
VEOZAH TABLET 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<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

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>modafinil tablet 100mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate solution 500mg/ml</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon tablet 8mg</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 tablet extended release 12.5mg, 6.25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate solution 0.12%</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq paste 0.1%</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solution 2%</i>	2	
<i>lidocaine viscous solution 2%</i>	2	
<i>oralone dental paste paste 0.1%</i>	3	
<i>periogard solution 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste paste 0.1%</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene ointment 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene solution 0.005%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%</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 2%, 5%</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution 0.5%</i>	3	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>silver sulfadiazine cream 1%</i>	2	
<i>ssd cream 1%</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE CAPSULE 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	4	
<i>acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	
<i>amnesteem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%</i>	4	
FINACEA FOAM 15%	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<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 capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate ointment 0.05%</i>	2	
<i>ammonium lactate cream 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotion 12%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate cream 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate cream 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate lotion 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate ointment 0.1%</i>	2	
<i>clobetasol propionate e cream 0.05%</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	3	
<i>clobetasol propionate ointment 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate shampoo 0.05%</i>	4	
<i>clobetasol propionate solution 0.05%</i>	3	
<i>desonide cream 0.05%</i>	3	
<i>desonide ointment 0.05%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA OINTMENT 2%	4	PA
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical oil 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide ointment 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide solution 0.01%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide ointment 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution 0.05%</i>	2	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 0.05%</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment 0.05%</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
<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 cream 1%</i>	4	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</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>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.5%</i>	2	
<i>triderm cream 0.5%</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution 8%</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer solution 8%</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo 1%</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>ciclopirox suspension 0.77%</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 pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin cream 2%</i>	3	
<i>mupirocin ointment 2%</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	4	
<i>permethrin cream 5%</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 tablet 0.025mg; 2.5mg</i>	3	
<i>loperamide hydrochloride capsule 2mg</i>	2	
XERMELO TABLET 250MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>enulose solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>generlac solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>prucalopride tablet 1mg, 2mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
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
RELISTOR TABLET 150MG	5	QL(90 EA por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
CTEXLI TABLET 250MG	5	PA
<i>gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	2	
<i>gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>gavilyte-n/ flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</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 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	3	
SUTAB TABLET 225MG; 188MG; 1479MG	3	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet 250mg, 500mg</i>	3	
VOQUEZNA TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
<i>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</i>		
<i>famotidine suspension reconstituted 40mg/5ml</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 150mg, 300mg</i>	4	
<i>Antiespasmódicos, gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule 10mg</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tablet 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
<i>Inhibidores de la bomba de protones</i>		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>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 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol tablet 100mcg, 200mcg</i>	3	
<i>sucralfate suspension 1gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate tablet 1gm</i>	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg</i>	2	
<i>doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i>	2	
<i>finasteride tablet 5mg</i>	1	
<i>silodosin capsule 4mg, 8mg</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg</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% solution 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	2	
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
Antiespasmódicos, urinario		
GELNIQUE GEL 10%	4	
GEMTESA TABLET 75MG	4	
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	3	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	3	
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg</i>	3	
<i>tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg</i>	3	
<i>tropium chloride er capsule extended release 24 hour 60mg</i>	4	
<i>tropium chloride tablet 20mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate solution 0.01%</i>	4	
<i>desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg</i>	3	
GENOTROPIN MINQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	5	PA
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	5	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)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA TABLET 60MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride tablet 60mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection 200mg/ml</i>	3	PA
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3	PA
<i>testosterone pump gel 1%</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>abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg</i>	4	
<i>abigale tablet 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>afirmelle tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>altavera tablet 30mcg; 0.15mg</i>	3	
<i>alyacen 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>amethia tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>ashlyna tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>aurovela 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>aviane tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>ayuna tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>azurette tablet 0; 0</i>	3	
<i>balziva tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>briellyn tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>camrese lo tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal eq tablet 30mcg; 0.15mg</i>	3	
CLIMARA PRO PATCH WEEKLY 0.045MG/DAY; 0.015MG/DAY	4	
<i>cryselle-28 tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>dasetta 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>daysee tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
DOTTI PATCH TWICE WEEKLY 0.025MG/24HR, 0.0375MG/24HR, 0.05MG/24HR, 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	4	
<i>elinest tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enpresse-28 tablet 0; 0</i>	3	
<i>estarylla tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>estradiol cream 0.1mg/gm</i>	2	
<i>estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10mcg</i>	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tablet 35mcg; 1mg, 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>feirza 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>feirza 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
FYAVOLV TABLET 2.5MCG; 0.5MG, 5MCG; 1MG	4	
<i>hailey 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli tablet 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>jolessa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>kariva tablet 0; 0</i>	3	
<i>kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>kelnor 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>kurvelo tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>lessina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonest tablet 0; 0</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 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>lojaimiess tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>low-ogestrel tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>luteru tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>lyllana patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>mili tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>mimvey tablet 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>mono-lynyah tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</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 tablet 0; 0, 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>nylia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>philith tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>pimtrea tablet 0; 0</i>	3	
<i>portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	4	
PREMPRO TABLET 0.3MG; 1.5MG, 0.45MG; 1.5MG, 0.625MG; 2.5MG, 0.625MG; 5MG	4	
<i>rivelsa tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>rosyrah tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya tablet 0; 0</i>	3	
<i>simpesse tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28 tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>sronyx tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>tri-estarylla tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-lynyah tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-mili tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-nymyo tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-sprintec tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-vylibra tablet 0; 0</i>	3	
<i>trivora-28 tablet 0; 0</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>vienva tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>viorele tablet 0; 0</i>	3	
<i>volnea tablet 0; 0</i>	3	
<i>vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>vylibra tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>wera tablet 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvafem tablet 10mcg</i>	4	
<i>zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	4	
<i>zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
Progestinas		
<i>camila tablet 0.35mg</i>	2	
<i>deblitane tablet 0.35mg</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh tablet 0.35mg</i>	2	
<i>errin tablet 0.35mg</i>	2	
<i>gallifrey tablet 5mg</i>	2	
<i>heather tablet 0.35mg</i>	2	
<i>incassia tablet 0.35mg</i>	2	
<i>jencycla tablet 0.35mg</i>	2	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	3	
<i>lyleq tablet 0.35mg</i>	2	
<i>lyza tablet 0.35mg</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>meleya tablet 0.35mg</i>	2	
NEXPLANON INJECTION 68MG	3	
<i>nora-be tablet 0.35mg</i>	2	
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	2	
<i>norethindrone tablet 0.35mg</i>	2	
<i>norlyroc tablet 0.35mg</i>	2	
<i>orquidea tablet 0.35mg</i>	2	
<i>progesterone capsule 100mg, 200mg</i>	2	
<i>sharobel tablet 0.35mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>cortisone acetate tablet 25mg</i>	5	
<i>dexamethasone elixir 0.5mg/5ml</i>	3	
<i>dexamethasone solution 0.5mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate tablet 0.1mg</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg</i>	2	
<i>methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
ARMOUR THYROID TABLET 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
EUTHYROX TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
LEVO-T TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
<i>levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
LEVOXYL TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
<i>liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	2	
NIVA THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
<i>np thyroid 120 tablet 120mg</i>	4	
<i>np thyroid 15 tablet 15mg</i>	4	
<i>np thyroid 30 tablet 30mg</i>	4	
<i>np thyroid 60 tablet 60mg</i>	4	
<i>np thyroid 90 tablet 90mg</i>	4	
RENTHYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
UNITHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline tablet 0.5mg</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 injection 1mg/0.2ml</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJECTION 11.25MG, 15MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 30MG	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 TABLET 120MG	5	PA NSO
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	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 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 INJECTION 1080MG/20ML	5	PA
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	5	PA
ODACTRA TABLET SUBLINGUAL 0; 0	3	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	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 LQ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); 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(60 ML por 365 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQUEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQUEYMA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQUEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS CAPSULE 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA
<i>ustekinumab injection 130mg/26ml</i>	5	QL(104 ML por 365 días); PA
<i>ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ INJECTION 400MG/2ML	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 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR INJECTION 75MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INJECTION 500UNIT	5	PA
<i>icatibant acetate injection 30mg/3ml</i>	5	PA
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	5	PA NSO
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
GAMASTAN INJECTION 0	3	PA
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA
HYPERHEP B INJECTION 110UNIT/0.5ML	4	B/D
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml</i>	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM CROHNS/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM PSORIASIS/UEVITIS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5MG, 1MG, 5MG	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified solution 100mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution 100mg/ml</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 INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA INJECTION 100MG	5	PA
INFLIXIMAB INJECTION 100MG	5	PA
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	4	PA NSO
<i>leflunomide tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule 250mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil tablet 500mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	4	B/D

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
RENFLXIS INJECTION 100MG	5	PA
REZUROCK TABLET 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION 100MG/ML	4	B/D
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	4	B/D
<i>sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	4	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAIXIA INJECTION 0	3	
ENGRIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJECTION 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	3	
IPOL INACTIVATED IPV INJECTION 0	1	
IXCHIQ INJECTION 0	1	
IXIARO INJECTION 0	1	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	1	
MENACTRA INJECTION 0	1	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	1	
MENVEO INJECTION 0	1	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INJECTION 0; 0	1	
PENMENVY INJECTION 0; 0	1	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	1	B/D
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	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 INJECTION 0	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX SUSPENSION 0	3	
ROTATEQ SOLUTION 0	3	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
STAMARIL INJECTION 0	1	
TDVAX INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	1	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	1	
VAXELIS INJECTION 0; 0; 0; 0; 0; 0	3	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	1	
YF-VAX INJECTION 0	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>carteolol hcl solution 1%</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	3	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide suspension 1%</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride solution 2%</i>	2	
<i>methazolamide tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%</i>	3	
COMBIGAN SOLUTION 0.2%; 0.5%	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solution 22.3mg/ml; 6.8mg/ml</i>	2	
<i>neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%</i>	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	3	
RESTASIS EMULSION 0.05%	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%</i>	2	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	4	
TOBRADEX OINTMENT 0.1%; 0.3%	4	
<i>tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%</i>	4	
XIIDRA SOLUTION 5%	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET SUSPENSION 0.5%; 0.3%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ointment 500unit/gm</i>	4	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin solution 0.5%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	2	
NATACYN SUSPENSION 5%	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium solution 10%</i>	2	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine solution 1%</i>	4	
XDEMVI SOLUTION 0.25%	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution 0.1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	3	
<i>fluorometholone suspension 0.1%</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium solution 0.03%</i>	2	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate suspension 1%</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
IGALMI FILM 120MCG, 180MCG	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>lithium carbonate tablet 300mg</i>	1	
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month tablet therapy pack 0</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	4	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml</i>	3	
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	3	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg</i>	4	
<i>disulfiram tablet 250mg, 500mg</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tablet 50mg</i>	2	
VIVITROL INJECTION 380MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA AEROSOL 115MCG/ACT; 21MCG/ACT, 230MCG/ACT; 21MCG/ACT, 45MCG/ACT; 21MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA AEROSOL 90MCG/ACT; 80MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>breyana aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(23.6 GM por 28 días)
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	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 INJECTION 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	QL(0.5 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</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 solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</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 AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	5	PA
<i>pirfenidone capsule 267mg</i>	5	PA
<i>pirfenidone tablet 267mg, 534mg, 801mg</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	5	PA
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 5.8MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
KALYDECO TABLET 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	5	PA
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan tablet 10mg, 5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT TABLET 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	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 20mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	5	QL(270 ML por 30 días); PA
WINREVAIR INJECTION 0, 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 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>cetirizine hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA AEROSOL 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110MCG/INH, 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium packet 4mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tablet 10mg</i>	1	
<i>zafirlukast tablet 10mg, 20mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AEROSOL SOLUTION 17MCG/ACT	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03%, 0.06%</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</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 capsule 18mcg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026
Última actualización: 08/06/2025

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
YUPELRI SOLUTION 175MCG/3ML	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 nebulization solution 15mcg/2ml</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 20mcg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa aerosol 45mcg/act</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	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 tablet 250mcg, 500mcg</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PAD 70%	3	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16" MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2" MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm miscellaneous</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PAD	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2" MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA TABLET 30MG	3	
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	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 CAPSULE 50MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9% solution 0.9%</i>	2	
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32" miscellaneous</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm miscellaneous</i>	2	QL(200 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
V-GO 20 KIT	3	
V-GO 30 KIT	3	
V-GO 40 KIT	3	
VISTOGARD PACKET 10GM	5	
ZOKINVY CAPSULE 50MG, 75MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid solution 2%</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</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 solution 10mg/5ml, 5mg/5ml</i>	3	NDS
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol concentrate 10mg/ml</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate 10mg/ml</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	3	NDS
XTAMPZA ER CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE- DETERRENT 13.5MG, 18MG, 27MG, 36MG, 9MG	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg</i>	2	NDS
<i>acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	3	NDS
<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg</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

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone/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 injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate tablet 15mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml</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 tablet 325mg; 37.5mg</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	4	PA
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule 200mg, 300mg</i>	3	
<i>etodolac tablet 400mg, 500mg</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>ibuprofen suspension 100mg/5ml</i>	2	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er capsule extended release 75mg</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml, 60mg/2ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 500mg, 750mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>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 600mg</i>	3	
<i>piroxicam capsule 10mg, 20mg</i>	3	
<i>sulindac tablet 150mg, 200mg</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%</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 ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol concentrate 5mg/ml</i>	2	
<i>diazepam concentrate 5mg/ml</i>	2	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol concentrate 2mg/ml</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE SUSPENSION 590MG/8.4ML	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric injection 10mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN CAPSULE 250MG	5	
<i>neomycin sulfate tablet 500mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 1.2gm, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets swab 1%</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml</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 injection 150mg</i>	4	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INJECTION 1000MG/100ML; 0.9%, 350MG/50ML; 0.9%, 500MG/50ML; 0.9%, 700MG/100ML; 0.9%	4	
<i>daptomycin injection 350mg, 500mg</i>	4	
<i>fosfomycin tromethamine packet 3gm</i>	4	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	5	
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid tablet 600mg</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>methenamine hippurate tablet 1gm</i>	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</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 capsule 100mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule 100mg</i>	2	
<i>tigecycline injection 50mg</i>	4	
<i>tinidazole tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>trimethoprim tablet 100mg</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	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	4	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefactor capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefactor suspension reconstituted 250mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	2	
<i>cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 500mg</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
CEFEPIME/DEXTROSE INJECTION 2GM/50ML; 5%	4	
<i>cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule 400mg</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 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg</i>	4	
<i>cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg</i>	4	
<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 chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin tablet 500mg, 875mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm</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 capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nafticillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium injection 5000000unit</i>	5	
<i>penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg</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 injection 1gm</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	3	
Macrólidos		
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin packet 1gm</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	2	
<i>azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	4	
<i>clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin tablet 250mg, 500mg</i>	2	
DIFICID TABLET 200MG	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg</i>	4	
<i>fidaxomicin tablet 200mg</i>	5	
Quinolonas		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</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 injection 400mg/250ml; 0.8%</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet 150mg, 300mg</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</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 monohydrate tablet 150mg, 75mg</i>	3	
<i>doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	3	
<i>ethosuximide solution 250mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	4	
<i>clobazam tablet 10mg, 20mg</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)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	5	PA NSO
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	4	
<i>divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg</i>	2	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg</i>	2	
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg</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 250mg/5ml</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 FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	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 20mg/ml</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet 125mg, 250mg, 50mg</i>	2	
SYMPAZAN FILM 10MG, 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin packet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>vigabatrin tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone packet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone tablet 500mg</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO
<i>vigpoder packet 500mg</i>	5	PA NSO
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	5	PA NSO
<i>Agentes para los canales de sodio</i>		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg</i>	3	
<i>carbamazepine suspension 100mg/5ml</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg</i>	2	
<i>carbamazepine tablet 200mg</i>	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol tablet 200mg</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	4	
<i>lacosamide solution 10mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>oxcarbazepine suspension 300mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg</i>	2	
PHENYTEK CAPSULE 200MG, 300MG	2	
<i>phenytoin infatabs tablet chewable 50mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin suspension 125mg/5ml</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable 50mg</i>	2	
<i>rufinamide suspension 40mg/ml</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
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)
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	5	PA NSO
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	4	ST NSO
<i>zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	5	PA NSO
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	PA NSO
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	4	
<i>felbamate suspension 600mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate tablet 400mg, 600mg</i>	4	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg</i>	2	
<i>lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	3	
<i>levetiracetam solution 100mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg</i>	4	
<i>levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>perampanel tablet 2mg</i>	4	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	5	
<i>roweepra tablet 500mg</i>	2	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	4	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	4	
<i>subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>topiramate solution 25mg/ml</i>	4	
<i>topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>valproic acid capsule 250mg</i>	2	
<i>valproic acid solution 250mg/5ml</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	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 100mg, 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg</i>	3	
<i>mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 0	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 0	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

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN TABLET 10MG	4	
<i>phenelzine sulfate tablet 15mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate tablet 10mg</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	3	
<i>amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate 10mg/ml</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 10mg/5ml</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<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 dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate solution 5mg/5ml</i>	3	
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg</i>	2	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	5	
<i>sertraline hcl concentrate 20mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg</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
<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>aprepitant capsule 125mg</i>	5	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution 4mg/5ml</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro suppository 25mg</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride syrup 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine patch 72 hour 1mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
<i>Antimicobacterianos, otros</i>		
<i>dapsone tablet 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	4	
<i>Antituberculosos</i>		
<i>cycloserine capsule 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	2	
ISONIAZID INJECTION 100MG/ML	4	
<i>isoniazid syrup 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid tablet 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	4	
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	3	
<i>rifampin capsule 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin injection 600mg</i>	4	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	5	
TRECTOR TABLET 250MG	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	4	B/D
<i>amphotericin b liposome injection 50mg</i>	5	B/D
<i>amphotericin b injection 50mg</i>	4	B/D
<i>caspofungin acetate injection 50mg, 70mg</i>	4	
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole solution 1%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole troche 10mg</i>	3	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	5	PA
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	3	
<i>fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>flucytosine capsule 250mg, 500mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize tablet 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>itraconazole capsule 100mg</i>	4	PA
JUBLIA SOLUTION 10%	5	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	2	
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	2	
<i>klayesta powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>micafungin injection 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nyamyc powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin ointment 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	3	
<i>nystop powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	5	PA
<i>posaconazole suspension 40mg/ml</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl tablet 250mg</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole cream 0.4%, 0.8%</i>	3	
<i>voriconazole injection 200mg</i>	5	PA
<i>voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml</i>	5	
<i>voriconazole tablet 200mg, 50mg</i>	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN TABLET 2MG	5	
MATULANE CAPSULE 50MG	5	
VALCHLOR GEL 0.016%	5	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO
POMALYST CAPSULE 3MG, 4MG	5	PA NSO
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>abirtega tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>bicalutamide tablet 50mg</i>	2	
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	5	PA NSO
EULEXIN CAPSULE 125MG	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	5	
NUBEQA TABLET 300MG	5	PA NSO
XTANDI CAPSULE 40MG	5	PA NSO
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	5	PA NSO
YONSA TABLET 125MG	5	PA NSO
<i>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</i>		
TEVIMBRA INJECTION 100MG/10ML	5	PA NSO
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT CAPSULE 140MG	5	
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	5	PA NSO
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	5	
<i>tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>toremifene citrate tablet 60mg</i>	4	
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	3	
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	2	
<i>mercaptopurine suspension 2000mg/100ml</i>	5	
<i>mercaptopurine tablet 50mg</i>	3	
TABLOID TABLET 40MG	5	
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC CAPSULE 100MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN TABLET 192MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	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 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	3	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA NSO
LYSODREN TABLET 500MG	5	
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	5	PA NSO
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	5	PA NSO
OJEMDA TABLET 100MG	5	PA NSO
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML, 2000UNIT/ML; 80MG/ML; 40MG/ML	5	PA NSO
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG, 25MG	5	PA NSO
VONJO CAPSULE 100MG	5	PA NSO
ZOLINZA CAPSULE 100MG	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
MESNA TABLET 400MG	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 THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	5	PA NSO
topotecan hcl injection 4mg	5	
topotecan hydrochloride injection 4mg/4ml	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
anastrozole tablet 1mg	1	
exemestane tablet 25mg	4	
letrozole tablet 2.5mg	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	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 CAPSULE 160MG, 40MG	5	PA NSO
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	5	PA NSO
BOSULIF CAPSULE 100MG, 50MG	5	PA NSO
BOSULIF TABLET 100MG, 400MG, 500MG	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA CAPSULE 80MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE CAPSULE 100MG	5	PA NSO
CALQUENCE TABLET 100MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA NSO
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	5	PA NSO
COTELLIC TABLET 20MG	5	PA NSO
DANZITEN TABLET 71MG, 95MG	5	PA NSO
<i>dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	5	PA NSO
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 25mg</i>	4	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 CAPSULE 40MG	5	
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	5	PA NSO
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	5	PA NSO
GAVRETO CAPSULE 100MG	5	PA NSO
<i>gefitinib tablet 250mg</i>	5	PA NSO
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	5	PA NSO
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	5	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IBTROZI CAPSULE 200MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	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 140MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE 70MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	5	PA NSO
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	5	PA NSO
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	5	PA NSO
KRAZATI TABLET 200MG	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate tablet 250mg</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LORBRENA TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	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 SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	5	PA NSO
MEKINIST TABLET 0.5MG, 2MG	5	PA NSO
MEKTOVI TABLET 15MG	5	PA NSO
NERLYNX TABLET 40MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
<i>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA NSO
NILOTINIB CAPSULE 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
NINLARO CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO
ODOMZO CAPSULE 200MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
OJJAARA TABLET 100MG, 200MG	5	PA NSO
OJJAARA TABLET 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	5	PA NSO
QINLOCK TABLET 50MG	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE 40MG, 80MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA CAPSULE 150MG	5	PA NSO
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	5	PA NSO
ROZLYTREK CAPSULE 100MG, 200MG	5	PA NSO
ROZLYTREK PACKET 50MG	5	PA NSO
RUBRACA TABLET 250MG, 300MG	5	PA NSO
RUBRACA TABLET 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
RYDAPT CAPSULE 25MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib tosylate tablet 200mg</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tablet 200mg</i>	5	PA NSO
STIVARGA TABLET 40MG	5	PA NSO
<i>sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	PA NSO
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	5	PA NSO
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO
TAZVERIK TABLET 200MG	5	PA NSO
TEPMETKO TABLET 225MG	5	PA NSO
TIBSOVO TABLET 250MG	5	PA NSO
<i>torpenz tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	5	PA NSO
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	5	PA NSO
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	5	PA NSO
TURALIO CAPSULE 125MG	5	PA NSO
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
VITRAKVI CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	5	PA NSO
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	5	PA NSO
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	5	PA NSO
XOSPATA TABLET 40MG	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF TABLET 240MG	5	PA NSO
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET 150MG	5	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	5	PA NSO
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA NSO
PANRETIN GEL 0.1%	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	4	
<i>ivermectin tablet 3mg, 6mg</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	4	
Antiprotozoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED 100MG/5ML	5	
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	3	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg</i>	3	
<i>atovaquone suspension 750mg/5ml</i>	4	
<i>benznidazole tablet 100mg, 12.5mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet 250mg, 500mg</i>	3	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride tablet 250mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	5	
<i>pentamidine isethionate injection 300mg</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet 26.3mg</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet 25mg</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection 25mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection 5mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol concentrate 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	2	
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg</i>	4	
<i>perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	
<i>pimozide tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<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 SUSPENSION 50MG/ML	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	5	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	5	
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	5	
<i>asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	4	QL(24 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	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 INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE 34MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection 10mg</i>	4	
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
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 INJECTION 120MG, 90MG	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 TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	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 tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution 1mg/ml</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate injection 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPSULE 250MG	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>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium tablet 700mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	4	
<i>lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	4	
NORVIR PACKET 100MG	4	QL(360 EA por 30 días)
PREZCOBIX TABLET 150MG; 800MG	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	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 50MG	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir tablet 100mg</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	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 INJECTION 90MG	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 TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA INJECTION 463.5MG/1.5ML	5	
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días); (5 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días); (4 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET 300MG	5	QL(24 EA por 168 días)
TYBOST TABLET 150MG	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY TABLET 200MG	5	
PREVYMIS PACKET 120MG, 20MG	5	
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	5	
<i>valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml</i>	5	
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	3	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule 100mg</i>	2	
<i>amantadine hcl solution 50mg/5ml</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	2	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	2	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	2	QL(84 EA por 365 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 6mg/ml</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5MG/BLISTER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	5	QL(560 EA por 365 días); PA
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	5	QL(336 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir tablet 400mg; 100mg</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	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 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK GEL 0	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA INJECTION 400MG/2ML; 600MG/2ML, 600MG/3ML; 900MG/3ML	5	
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD TABLET 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET 100MG	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)
ISENTRESS TABLET 400MG	5	QL(60 EA por 30 días)
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	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 TABLET 30MG	5	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	5	QL(180 EA por 30 días)
EDURANT TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule 200mg, 50mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet 600mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg</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 suspension 50mg/5ml</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine tablet 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
<i>abacavir tablet 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	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)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine capsule 200mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg</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 TABLET 200MG; 25MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	4	QL(180 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIREAD POWDER 40MG/GM	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tablet 10mg</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION 0.05MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días); (300mg-100mg Day 1; 150mg-100mg Days 2-5 Pak)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); (150mg-100mg Pak)
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 15gm/60ml</i>	3	
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder 0</i>	3	
SPS SUSPENSION 15GM/60ML	3	
VELTASSA PACKET 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	5	
<i>deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg, 250mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>penicillamine tablet 250mg</i>	5	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule 667mg</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 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; 405mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/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 tablet soluble 200mg</i>	5	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%</i>	4	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%</i>	4	
<i>dextrose 5% injection 5%</i>	2	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con 10 tablet extended release 10meq</i>	2	
<i>klor-con 8 tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>klor-con m10 tablet extended release 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 tablet extended release 15meq</i>	2	
<i>klor-con m20 tablet extended release 20meq</i>	2	
<i>klor-con/ef tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con packet 20meq</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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 chloride injection 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride packet 20meq</i>	4	
<i>potassium chloride oral solution 10%, 20%</i>	4	
<i>potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection 0.45%</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 650mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	4	
CABLIVI INJECTION 11MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTLET TABLET 20MG	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>ticagrelor tablet 60mg, 90mg</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	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 injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
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 tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	3	QL(600 ML por 30 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 capsule 0.5mg, 1mg</i>	3	
<i>eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg</i>	5	PA
<i>eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
PROCRT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
XOLREMDI CAPSULE 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glipizide xl tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glipizide tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glyburide micronized tablet 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	1	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1000mg, 500mg</i>	2	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride solution 500mg/5ml</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide tablet 120mg, 60mg</i>	6	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33 INJECTION 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABLET 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 5MG; 1000MG, 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	3	
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
diazoxide suspension 50mg/ml	5	
glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg	3	
glucagon emergency kit injection 1mg	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART INJECTION 100UNIT/ML	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>insulin lispro injection 100unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	3	
LYUMJEV KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
LYUMJEV INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTouch INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

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>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	3	PA
<i>methocarbamol tablet 500mg, 750mg</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er tablet extended release 12 hour 100mg</i>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous powder 0</i>	5	
CERDELGA CAPSULE 84MG	5	PA
CHOLBAM CAPSULE 250MG, 50MG	5	PA
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	4	
EVRYSDI SOLUTION RECONSTITUTED 0.75MG/ML	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME INJECTION 35MG, 5MG	5	PA
<i>l-glutamine packet 5gm</i>	5	PA
<i>miglustat capsule 100mg</i>	5	PA
<i>nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	5	
ONPATTRO INJECTION 10MG/5ML	5	PA
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK TABLET THERAPY PACK 0, 5MG	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 INJECTION 2.4MG/1.5ML	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg</i>	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride tablet 100mg</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate tablet 500mg</i>	5	
SUCRAID SOLUTION 8500UNIT/ML	5	PA
WELIREG TABLET 40MG	5	PA NSO
<i>yargesa capsule 100mg</i>	5	PA

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026
Última actualización: 08/06/2025

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
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026
Última actualización: 08/06/2025

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>	73
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	73
ABELCET	60
<i>abigale</i>	27
<i>abigale lo</i>	27
ABILIFY MAINTENA	69
<i>abiraterone acetate</i>	61
<i>abirtega</i>	61
ABRYSVO	38
<i>acamprosate calcium dr</i>	42
<i>acarbose</i>	77
ACCUTANE	22
<i>acebutolol hydrochloride</i>	11
<i>acetaminophen/codeine</i>	48
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	48
<i>acetazolamide</i>	40
<i>acetazolamide er</i>	40
<i>acetic acid</i>	48
<i>acetic acid 0.25%</i>	26
<i>acitretin</i>	22
ACTHIB	38
ACTIMMUNE	35
<i>acyclovir</i>	23
<i>acyclovir</i>	72
<i>acyclovir sodium</i>	72
ADACEL	38
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	35
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	36
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT	36
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	36
ADALIMUMAB-ADBM	36
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	36
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	36
PSORIASIS/UEITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	36
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	36
PACKAGE FOR PSORIASIS/UEITIS	
ADBRY	22
<i>adefovir dipivoxil</i>	74

Nombre del medicamento	Página
ADEMPAS	44
ADTHYZA	32
ADV AIR HFA	42
<i>afirmelle</i>	27
AIMOVIG	10
AIRSUPRA	42
AKEEGA	62
<i>albendazole</i>	68
<i>albuterol sulfate</i>	46
<i>albuterol sulfate hfa</i>	46
<i>alclometasone dipropionate</i>	22
ALCOHOL PREP PADS	46
ALECENSA	63
<i>alendronate sodium</i>	17
<i>alfuzosin hcl er</i>	26
ALINIA	68
<i>aliskiren</i>	12
<i>allopurinol</i>	16
<i>alosetron hydrochloride</i>	24
<i>alprazolam</i>	50
<i>altavera</i>	27
ALUNBRIG	63
<i>alyacen 1/35</i>	27
<i>alyacen 7/7/7</i>	27
<i>alyq</i>	44
<i>amabelz</i>	27
<i>amantadine hcl</i>	71
<i>ambrisentan</i>	44
<i>amethia</i>	27
<i>amethyst</i>	27
<i>amikacin sulfate</i>	50
<i>amiloride hcl</i>	15
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
AMINOSYN II	75
AMINOSYN-PF	75
<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
<i>amitriptyline hcl</i>	58
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	58
<i>amlodipine besylate</i>	11
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	12
<i>hydrochloride</i>	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>ammonium lactate</i>	22
<i>amnestem</i>	22
<i>amoxapine</i>	58

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amoxicillin</i>	53	<i>atovaquone</i>	68
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	52	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	68
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	52	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	68
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	18	<i>atropine sulfate</i>	40
<i>amphotericin b</i>	60	ATROVENT HFA	45
<i>amphotericin b liposome</i>	60	<i>aubra eq</i>	27
<i>ampicillin</i>	53	AUGMENTIN	53
<i>ampicillin sodium</i>	53	AUGTYRO	63
<i>ampicillin/sulbactam</i>	53	<i>aurovela 1.5/30</i>	27
<i>ampicillin-sulbactam</i>	53	<i>aurovela 1/20</i>	27
<i>anagrelide hydrochloride</i>	77	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	27
<i>anastrozole</i>	63	<i>aurovela fe 1/20</i>	27
ANORO ELLIPTA	42	AUSTEDO	20
<i>aprepitant</i>	59	AUSTEDO XR	20
APTIVUS	70	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	20
AREXVY	38	KIT	
<i>arformoterol tartrate</i>	46	AUVELITY	57
ARIKAYCE	50	<i>aviane</i>	28
<i>aripiprazole</i>	69	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	63
<i>aripiprazole odt</i>	69	AVONEX	17
ARISTADA	69	AVONEX PEN	17
ARISTADA INITIO	69	<i>ayuna</i>	28
<i>armodafinil</i>	20	AYVAKIT	63
ARMOUR THYROID	32	<i>azathioprine</i>	36
ARNUITY ELLIPTA	45	<i>azelaic acid</i>	22
<i>asenapine maleate sl</i>	69	<i>azelastine hcl</i>	39
<i>ashlyna</i>	27	<i>azelastine hcl</i>	44
ASMANEX HFA	45	<i>azelastine hydrochloride</i>	44
ASMANEX TWISTHALER 120	45	<i>azithromycin</i>	53
METERED DOSES		<i>aztreonam</i>	51
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	45	<i>azurette</i>	28
DOSES		<i>bacitracin</i>	41
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	45	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	40
DOSES		<i>baclofen</i>	9
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	45	<i>balsalazide disodium</i>	17
DOSES		BALVERSA	63
<i>aspirin/dipyridamole</i>	76	<i>balziva</i>	28
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	76	BAQSIMI ONE PACK	79
ASTAGRAF XL	36	BAQSIMI TWO PACK	79
<i>atazanavir</i>	70	BARACLUDE	74
<i>atazanavir sulfate</i>	70	<i>bcg vaccine</i>	38
<i>atenolol</i>	11	BD INSULIN SYRINGE	47
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atomoxetine</i>	19	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	46
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atorvastatin calcium</i>	14		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	47	BRIVIACT	56
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	47	<i>bromfenac sodium</i>	41
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	47	<i>bromocriptine mesylate</i>	10
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	47	BRONCHITOL	43
BELSOMRA	21	BRUKINSA	63
<i>benazepril hydrochloride</i>	16	<i>budesonide</i>	17
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>budesonide er</i>	17
BENLYSTA	34	<i>bumetanide</i>	15
<i>benznidazole</i>	68	<i>buprenorphine</i>	48
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>buprenorphine hcl</i>	42
BESIVANCE	41	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	42
BESREMI	35	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	42
<i>betaine anhydrous</i>	81	<i>bupropion hydrochloride</i>	57
<i>betamethasone dipropionate</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	42
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	57
<i>betamethasone valerate</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	57
BETASERON	18	<i>buspirone hcl</i>	50
<i>betaxolol hcl</i>	11	<i>buspirone hydrochloride</i>	50
<i>betaxolol hcl</i>	39	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
<i>bethanechol chloride</i>	26	CABENUVA	72
<i>bexarotene</i>	67	<i>cabergoline</i>	33
BEXSERO	38	CABLIVI	76
<i>bicalutamide</i>	61	CABOMETYX	63
BICILLIN L-A	53	<i>calcipotriene</i>	21
BIKTARVY	72	<i>calcitonin-salmon</i>	17
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>calcitriol</i>	17
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>calcium acetate</i>	74
BIVIGAM	35	CALQUENCE	63
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	28	<i>camila</i>	31
<i>blisovi fe 1/20</i>	28	<i>camrese</i>	28
BONSITY	17	<i>camrese lo</i>	28
BOOSTRIX	38	<i>candesartan cilexetil</i>	13
BOSULIF	63	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
BRAFTOVI	63	CAPLYTA	69
BREO ELLIPTA	42	CAPRELSA	63
<i>breyana</i>	43	<i>captopril</i>	16
BREZTRI AEROSPHERE	43	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>briellyn</i>	28	<i>carbamazepine</i>	56
BRIMONIDINE TARTRATE	40	<i>carbamazepine er</i>	55
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	40	<i>carbidopa</i>	10
<i>brinzolamide</i>	40	<i>carbidopa/levodopa</i>	10
		<i>carbidopa/levodopa er</i>	10
		<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10
		<i>carglumic acid</i>	75

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carteolol hcl</i>	40	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	54
<i>cartia xt</i>	11	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	54
<i>carvedilol</i>	11	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	48
<i>casprofungin acetate</i>	60	<i>cisplatin</i>	61
CAYSTON	43	<i>citalopram hydrobromide</i>	58
<i>cefaclor</i>	52	<i>claravis</i>	22
<i>cefadroxil</i>	52	<i>clarithromycin</i>	53
CEFAZOLIN	52	<i>clarithromycin er</i>	53
<i>cefazolin sodium</i>	52	CLENPIQ	24
<i>cefdinir</i>	52	CLIMARA PRO	28
<i>cefepime</i>	52	<i>clindacin etz pledgets</i>	51
<i>cefepime hydrochloride</i>	52	<i>clindamycin hcl</i>	51
CEFEPIME/DEXTROSE	52	<i>clindamycin hydrochloride</i>	51
<i>cefixime</i>	52	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	51
<i>cefotaxime sodium</i>	52	<i>clindamycin phosphate</i>	24
<i>cefotetan</i>	52	<i>clindamycin phosphate</i>	51
<i>cefoxitin sodium</i>	52	<i>clobazam</i>	54
<i>cefpodoxime proxetil</i>	52	<i>clobetasol propionate</i>	22
<i>cefprozil</i>	52	<i>clobetasol propionate e</i>	22
<i>ceftazidime</i>	52	<i>clomipramine hydrochloride</i>	58
<i>ceftriaxone sodium</i>	52	<i>clonazepam</i>	55
<i>cefuroxime axetil</i>	52	<i>clonazepam odt</i>	54
<i>cefuroxime sodium</i>	52	<i>clonidine</i>	13
<i>celecoxib</i>	49	<i>clonidine hydrochloride</i>	13
<i>cephalexin</i>	52	<i>clopidogrel</i>	76
CERDELGA	81	<i>clorazepate dipotassium</i>	50
<i>cetirizine hydrochloride</i>	44	<i>clotrimazole</i>	60
<i>chateal eq</i>	28	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	21
CHEMET	74	<i>clozapine</i>	69
<i>chlorhexidine gluconate</i>	21	<i>clozapine odt</i>	69
<i>chloroquine phosphate</i>	68	COARTEM	68
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	68	COBENFY	20
<i>chlorthalidone</i>	15	COBENFY STARTER PACK	20
CHOLBAM	81	<i>colchicine</i>	16
<i>cholestyramine</i>	15	<i>colesevelam hydrochloride</i>	15
<i>cholestyramine light</i>	15	<i>colestipol hydrochloride</i>	15
<i>ciclodan</i>	23	<i>colistimethate sodium</i>	51
<i>ciclopirox</i>	23	COMBIGAN	40
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	23	COMBIVENT RESPIMAT	43
<i>ciclopirox olamine</i>	23	COMETRIQ	64
<i>cilostazol</i>	76	<i>compro</i>	59
CIMDUO	73	<i>constulose</i>	24
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	17	COPIKTRA	64
CINRYZE	35	<i>cortisone acetate</i>	32
<i>ciprofloxacin hcl</i>	54	COSENTYX	34
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	41	COSENTYX SENSOREADY PEN	34

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COSENTYX UNOREADY	34	desogestrel/ethinyl estradiol	28
COTELLIC	64	desonide	22
CREON	81	desoximetasone	23
CRESEMBA	60	desvenlafaxine er	58
cromolyn sodium	39	dexamethasone	32
cromolyn sodium	46	dexamethasone sodium phosphate	41
cromolyn sodium	81	dextroamphetamine sulfate	19
cryselle-28	28	dextroamphetamine sulfate er	19
CTEXLI	24	dextrose 5%	75
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	47	dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	75
cyclobenzaprine hydrochloride	81	dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	75
cyclophosphamide	61	DIACOMIT	55
cycloserine	60	diazepam	50
cyclosporine	36	diazepam intensol	50
cyclosporine	40	diazepam rectal gel	55
cyclosporine modified	36	diazoxide	79
cyproheptadine hydrochloride	44	diclofenac potassium	49
CYSTAGON	81	diclofenac sodium	21
CYSTARAN	40	diclofenac sodium	41
dabigatran etexilate	76	diclofenac sodium	49
dalfampridine er	18	diclofenac sodium dr	49
danazol	27	diclofenac sodium er	49
dantrolene sodium	9	dicloxacillin sodium	53
DANZITEN	64	dicyclomine hcl	25
dapagliflozin propanediol	16	dicyclomine hydrochloride	25
dapsone	60	DIFICID	53
DAPTACEL	38	diflunisal	49
daptomycin	51	digox	14
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	51	digoxin	14
darunavir	70	dihydroergotamine mesylate	9
dasatinib	64	DILANTIN	56
dasetta 1/35	28	diltiazem hcl	12
dasetta 7/7/7	28	diltiazem hcl cd	11
DAURISMO	64	diltiazem hcl er	11
daysee	28	diltiazem hydrochloride	12
deblitane	31	diltiazem hydrochloride er	12
deferasirox	74	dilt-xr	11
DELSTRIGO	73	dimethyl fumarate	18
delyla	28	dimethyl fumarate starterpack	18
demeclocycline hcl	54	diphenhydramine hydrochloride	44
demeclocycline hydrochloride	54	diphenoxylate hydrochloride/atropine	24
DENG VAXIA	38	sulfate	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	31	disulfiram	42
DESCOVY	73	divalproex sodium dr	55
desipramine hydrochloride	58	divalproex sodium er	55
desmopressin acetate	27	dofetilide	14

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dolishale</i>	28	EMCYT	62
<i>donepezil hcl</i>	9	EMGALITY	10
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	EMPAVELI	34
DOPTLET	76	EMSAM	58
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	40	<i>emtricitabine</i>	73
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	40	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
DOTTI	28	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
DOVATO	72	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
<i>doxazosin mesylate</i>	26	EMTRIVA	73
<i>doxepin hcl</i>	58	<i>emzahh</i>	31
<i>doxepin hydrochloride</i>	58	<i>enalapril maleate</i>	16
<i>doxycycline</i>	54	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>doxycycline hyclate</i>	21	ENBREL	36
<i>doxycycline hyclate</i>	54	ENBREL MINI	36
<i>doxycycline monohydrate</i>	54	ENBREL SURECLICK	36
DRIZALMA SPRINKLE	58	<i>endocet</i>	48
<i>dronabinol</i>	59	ENGERIX-B	38
DROXIA	62	<i>enilloring</i>	28
<i>droxidopa</i>	13	<i>enoxaparin sodium</i>	76
DULERA	43	<i>enpresse-28</i>	28
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	58	ENSACOVE	64
DUPIXENT	34	<i>entacapone</i>	10
<i>dutasteride</i>	26	<i>entecavir</i>	74
EASY COMFORT INSULIN	47	ENTRESTO	12
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>enulose</i>	24
EASY COMFORT PEN NEEDLES	47	ENVARUS XR	36
29GX4MM		EPIDIOLEX	56
<i>ec-naproxen</i>	49	<i>epinephrine</i>	46
<i>econazole nitrate</i>	60	<i>epitol</i>	56
EDARBI	13	<i>eplerenone</i>	14
EDARBYCLOR	12	EPRONTIA	56
EDURANT	73	<i>ergoloid mesylates</i>	9
EDURANT PED	73	<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	9
<i>efavirenz</i>	73	ERIVEDGE	64
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73	ERLEADA	61
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73	<i>erlotinib hydrochloride</i>	64
<i>effer-k</i>	75	<i>errin</i>	31
<i>elinest</i>	28	<i>ertapenem sodium</i>	53
ELIQUIS	76	<i>ery</i>	24
ELIQUIS STARTER PACK	76	<i>erythromycin</i>	24
ELLA	47	<i>erythromycin</i>	41
ELMIRON	26	<i>erythromycin dr</i>	53
<i>eltrombopag olamine</i>	77	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	22
<i>eluryng</i>	28	<i>escitalopram oxalate</i>	58
		<i>eslicarbazepine acetate</i>	56

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>esomeprazole magnesium</i>	25	FIASP	79
<i>estarylla</i>	28	FIASP FLEXTOUCH	79
<i>estradiol</i>	28	FIASP PENFILL	79
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	28	<i>fidaxomicin</i>	53
ESTRING	28	FINACEA	22
<i>eszopiclone</i>	21	<i>finasteride</i>	26
<i>ethambutol hydrochloride</i>	60	<i> fingolimod hydrochloride</i>	18
<i>ethosuximide</i>	54	FINTEPLA	56
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	28	FIRMAGON	33
<i>etodolac</i>	49	FLAREX	41
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	28	<i>flecainide acetate</i>	14
<i>etravirine</i>	73	<i>fluconazole</i>	60
EUCRISA	23	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	60
EULEXIN	61	<i>flucytosine</i>	60
EUTHYROX	32	<i>fludrocortisone acetate</i>	32
<i>everolimus</i>	36	<i>flunisolide</i>	45
<i>everolimus</i>	64	<i>fluocinolone acetonide</i>	23
EVOTAZ	70	<i>fluocinolone acetonide body</i>	23
EVRYSDI	81	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	23
<i>exemestane</i>	63	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	23
EXKIVITY	64	<i>fluocinonide</i>	23
<i>ezetimibe</i>	15	<i>fluorometholone</i>	41
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15	<i>fluorouracil</i>	21
FABRAZYME	81	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	59
<i>falmina</i>	29	<i>fluphenazine decanoate</i>	68
<i>famciclovir</i>	72	<i>fluphenazine hcl</i>	68
<i>famotidine</i>	25	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	68
FANAPT	69	<i>flurbiprofen</i>	49
FANAPT TITRATION PACK A	69	<i>flurbiprofen sodium</i>	41
FANAPT TITRATION PACK B	69	<i>fluticasone propionate</i>	23
FANAPT TITRATION PACK C	69	<i>fluticasone propionate</i>	45
FARXIGA	16	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	43
FASENRA	43	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	43
FASENRA PEN	43	<i>fluvastatin</i>	14
<i>febuxostat</i>	16	<i>fluvastatin sodium er</i>	14
<i>feirza 1.5/30</i>	29	<i>fluvoxamine maleate</i>	59
<i>feirza 1/20</i>	29	<i>fondaparinux sodium</i>	76
<i>felbamate</i>	56	<i>formoterol fumarate</i>	46
<i>felodipine er</i>	11	FORTEO	17
<i>fenofibrate</i>	14	<i>fosamprenavir calcium</i>	70
<i>fenofibrate micronized</i>	14	<i>fosfomycin tromethamine</i>	51
<i>fenofibric acid dr</i>	14	<i>fosinopril sodium</i>	16
<i>fentanyl</i>	48	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	48	FOTIVDA	64
FETZIMA	59	FRAGMIN	76
FETZIMA TITRATION PACK	59	FRUZAQLA	64

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>furosemide</i>	15	<i>guanfacine hydrochloride</i>	13
FUZEON	71	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	19
FYAVOLV	29	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	79
FYCOMPA	56	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	79
<i>gabapentin</i>	55	GVOKE KIT	79
<i>galantamine hydrobromide</i>	9	GVOKE PFS	79
<i>galantamine hydrobromide er</i>	9	<i>hailey 1.5/30</i>	29
<i>gallifrey</i>	31	<i>hailey fe 1.5/30</i>	29
GAMASTAN	35	<i>hailey fe 1/20</i>	29
<i>ganciclovir</i>	71	<i>halobetasol propionate</i>	23
GARDASIL 9	38	<i>haloette</i>	29
<i>gatifloxacin</i>	41	<i>haloperidol</i>	68
<i>gavilyte-c</i>	24	<i>haloperidol decanoate</i>	68
<i>gavilyte-g</i>	24	<i>haloperidol lactate</i>	68
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	25	HAVRIX	38
GAVRETO	64	<i>heather</i>	31
<i>gefitinib</i>	64	<i>heparin sodium</i>	77
GELNIQUE	26	HEPLISAV-B	38
<i>gemfibrozil</i>	14	HIBERIX	38
GEMTESA	26	HIZENTRA	35
<i>generlac</i>	24	HUMALOG	79
<i>engraf</i>	37	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	79
GENOTROPIN	27	HUMALOG KWIKPEN	79
GENOTROPIN MINQUICK	27	HUMALOG MIX 50/50	79
<i>gentamicin sulfate</i>	41	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	79
<i>gentamicin sulfate</i>	50	HUMALOG MIX 75/25	79
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	50	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	79
GENVOYA	72	HUMATIN	51
GILOTRIF	64	HUMIRA	37
<i>glatiramer acetate</i>	18	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	37
GLEOSTINE	61	DISEASE STARTER PACK	
<i>glimepiride</i>	77	HUMIRA PEN	37
<i>glipizide</i>	77	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	37
<i>glipizide er</i>	77	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	37
<i>glipizide xl</i>	77	STARTER PACK	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	77	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	37
<i>glucagon emergency kit</i>	79	HUMULIN 70/30	79
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	79	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	79
<i>glyburide</i>	78	HUMULIN N	79
<i>glyburide micronized</i>	77	HUMULIN N KWIKPEN	79
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	78	HUMULIN R	79
<i>glycopyrrolate</i>	25	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	79
GLYXAMBI	78	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	79
GOMEKLI	64	<i>hydralazine hydrochloride</i>	16
<i>griseofulvin microsize</i>	60	<i>hydrochlorothiazide</i>	16
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	60	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	48

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	49	INGREZZA	20
<i>hydrocortisone</i>	17	INLYTA	64
<i>hydrocortisone</i>	23	INQOVI	64
<i>hydrocortisone</i>	32	INREBIC	62
<i>hydrocortisone valerate</i>	23	INSULIN ASPART	79
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	48	INSULIN ASPART FLEXPEN	79
<i>hydromorphone hcl</i>	49	INSULIN ASPART PENFILL	79
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	49	<i>insulin lispro</i>	80
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	68	INTELENCE	73
<i>hydroxyurea</i>	62	<i>introvale</i>	29
<i>hydroxyzine hcl</i>	44	INVEGA HAFYERA	69
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	44	INVEGA SUSTENNA	69
<i>hydroxyzine pamoate</i>	44	INVEGA TRINZA	69
HYPERHEP B	35	IPOL INACTIVATED IPV	38
<i>ibandronate sodium</i>	17	<i>ipratropium bromide</i>	45
IBRANCE	62	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	43
IBRANCE	64	<i>irbesartan</i>	14
IBTROZI	64	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>ibu</i>	49	ISENTRESS	72
<i>ibuprofen</i>	49	ISENTRESS HD	72
<i>icatibant acetate</i>	35	ISONIAZID	60
<i>iclevia</i>	29	<i>isosorbide dinitrate</i>	16
ICLUSIG	64	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	13
<i>icosapent ethyl</i>	15	<i>hydrochloride</i>	
IDHIFA	64	<i>isosorbide mononitrate</i>	16
IGALMI	42	<i>isosorbide mononitrate er</i>	16
ILEVRO	41	<i>isotretinoin</i>	22
<i>imatinib mesylate</i>	64	<i>isradipine</i>	11
IMBRUVICA	64	ISTURISA	27
<i>imipenem/cilastatin</i>	53	ITOVEBI	62
<i>imipramine hcl</i>	58	<i>itraconazole</i>	61
<i>imipramine hydrochloride</i>	58	<i>ivabradine hydrochloride</i>	13
<i>imiquimod</i>	21	<i>ivermectin</i>	68
IMKELDI	64	IWILFIN	62
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	38	IXCHIQ	38
IMPAVIDO	51	IXIARO	38
INBRIJA	11	<i>jaimiess</i>	29
<i>incassia</i>	31	JAKAFI	64
INCRELEX	27	<i>jantoven</i>	77
INCRUSE ELLIPTA	45	JANUMET	78
<i>indapamide</i>	16	JANUMET XR	78
<i>indomethacin</i>	49	JANUVIA	78
<i>indomethacin er</i>	49	JARDIANCE	16
INFANRIX	38	JAYPIRCA	65
INFLECTRA	37	<i>jencycla</i>	31
INFLIXIMAB	37	JENTADUETO	78

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
JENTADUETO XR	78	<i>lactulose</i>	24
<i>jinteli</i>	29	<i>lamivudine</i>	73
<i>jolessa</i>	29	<i>lamivudine</i>	74
JOURNAVX	49	<i>lamivudine/zidovudine</i>	73
JUBBONTI	17	<i>lamotrigine</i>	57
JUBLIA	61	<i>lamotrigine er</i>	56
JULUCA	72	<i>lamotrigine odt</i>	56
<i>junel 1.5/30</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	56
<i>junel 1/20</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	56
<i>junel fe 1.5/30</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	56
<i>junel fe 1/20</i>	29	<i>lansoprazole</i>	25
JYLAMVO	37	LANTUS	80
JYNARQUE	74	LANTUS SOLOSTAR	80
JYNNEOS	38	<i>lapatinib ditosylate</i>	65
KALETRA	71	<i>larin 1.5/30</i>	29
KALYDECO	43	<i>larin 1/20</i>	29
<i>kariva</i>	29	<i>larin fe 1.5/30</i>	29
<i>kelnor 1/35</i>	29	<i>larin fe 1/20</i>	29
<i>kelnor 1/50</i>	29	<i>latanoprost</i>	41
KERENDIA	14	LAZCLUZE	62
KESIMPTA	18	<i>leflunomide</i>	37
<i>ketoconazole</i>	61	<i>lenalidomide</i>	61
<i>ketorolac tromethamine</i>	41	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	65
<i>ketorolac tromethamine</i>	49	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	65
KINERET	34	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	65
KINRIX	38	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	65
<i>kionex</i>	74	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	65
KISQALI	65	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	65
KISQALI FEMARA 200 DOSE	62	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	65
KISQALI FEMARA 400 DOSE	62	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	65
KISQALI FEMARA 600 DOSE	62	<i>lessina</i>	29
<i>klayesta</i>	61	<i>letrozole</i>	63
<i>klor-con</i>	75	<i>leucovorin calcium</i>	62
<i>klor-con 10</i>	75	LEUKERAN	61
<i>klor-con 8</i>	75	<i>leuprolide acetate</i>	33
<i>klor-con m10</i>	75	<i>levalbuterol</i>	46
<i>klor-con m15</i>	75	<i>levalbuterol hcl</i>	46
<i>klor-con m20</i>	75	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	46
<i>klor-con/ef</i>	75	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	46
KLOXXADO	42	<i>levetiracetam</i>	57
KOSELUGO	65	<i>levetiracetam er</i>	57
<i>kourzeq</i>	21	<i>levobunolol hcl</i>	40
KRAZATI	65	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	45
<i>kurvelo</i>	29	<i>levofloxacin</i>	54
<i>labetalol hydrochloride</i>	11	<i>levofloxacin in d5w</i>	54
<i>lacosamide</i>	56	<i>levonest</i>	29

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	29
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	29
<i>levora 0.15/30-28</i>	29
LEVO-T	32
<i>levothyroxine sodium</i>	32
LEVOXYL	32
LEXIVA	71
<i>l-glutamine</i>	81
LIBERVANT	55
<i>lidocaine</i>	50
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	21
<i>lidocaine viscous</i>	21
<i>lidocaine/prilocaine</i>	50
LILETTA	31
<i>linezolid</i>	51
LINZESS	24
<i>lithothyronine sodium</i>	32
<i>lisinopril</i>	16
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>lithium</i>	42
<i>lithium carbonate</i>	42
<i>lithium carbonate er</i>	42
LIVMARLI	25
LIVTENCITY	71
<i>lojaimiess</i>	29
LOKELMA	74
LONSURF	62
<i>loperamide hydrochloride</i>	24
<i>lopinavir/ritonavir</i>	71
<i>lorazepam</i>	50
<i>lorazepam intensol</i>	50
LORBRENA	65
<i>losartan potassium</i>	14
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	13
LOTEMAX SM	41
<i>lovastatin</i>	14
<i>low-ogestrel</i>	29
<i>loxapine</i>	68
<i>lubiprostone</i>	24
LUMAKRAS	65
LUMIGAN	41
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	33
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	33
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	33
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	33
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	33

Nombre del medicamento	Página
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	33
<i>lurasidone hydrochloride</i>	69
<i>luteria</i>	29
LYBALVI	69
<i>lyleq</i>	31
<i>lyllana</i>	29
LYNPARZA	65
LYSODREN	62
LYTGOBI	65
LYUMJEV	80
LYUMJEV KWIKPEN	80
<i>lyza</i>	31
<i>magnesium sulfate</i>	75
<i>malathion</i>	24
<i>maraviroc</i>	71
<i>marlissa</i>	29
MARPLAN	58
MATULANE	61
<i>matzim la</i>	12
MAVYRET	72
MAYZENT	18
MAYZENT STARTER PACK	18
<i>meclizine hcl</i>	59
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	31
<i>mefloquine hydrochloride</i>	68
<i>megestrol acetate</i>	31
MEKINIST	65
MEKTOVI	65
<i>meleya</i>	31
<i>meloxicam</i>	49
<i>memantine hcl titration pak</i>	9
<i>memantine hydrochloride</i>	9
<i>memantine hydrochloride er</i>	9
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	9
MENACTRA	38
MENEST	29
MENQUADFI	38
MENVEO	38
<i>mercaptopurine</i>	62
<i>meropenem</i>	53
<i>mesalamine</i>	17
<i>mesalamine dr</i>	17
<i>mesalamine er</i>	17
MESNA	63
<i>metformin hydrochloride</i>	78
<i>metformin hydrochloride er</i>	78

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>methadone hcl</i>	48	<i>mometasone furoate</i>	23
<i>methadone hydrochloride</i>	48	<i>mometasone furoate</i>	45
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	48	<i>mono-lynyah</i>	30
<i>methazolamide</i>	40	<i>montelukast sodium</i>	45
<i>methenamine hippurate</i>	51	<i>morphine sulfate</i>	49
<i>methimazole</i>	33	<i>morphine sulfate er</i>	48
<i>methocarbamol</i>	81	MOUNJARO	78
<i>methotrexate</i>	37	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	54
<i>methotrexate sodium</i>	37	<i>hydrochloride</i>	
<i>methsuximide</i>	54	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	41
METHYLDOPA	13	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	54
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	20	MRESVIA	38
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	19	MULTAQ	14
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	19	<i>mupirocin</i>	24
<i>methylprednisolone</i>	32	<i>mycophenolate mofetil</i>	37
<i>methylprednisolone dose pack</i>	32	<i>mycophenolic acid dr</i>	37
<i>metoclopramide hcl</i>	25	MYRBETRIQ	26
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	25	<i>nabumetone</i>	49
<i>metolazone</i>	16	<i>nadolol</i>	11
<i>metoprolol succinate er</i>	11	<i>nafcillin sodium</i>	53
<i>metoprolol tartrate</i>	11	<i>naloxone hcl</i>	42
<i>metronidazole</i>	22	<i>naloxone hydrochloride</i>	42
<i>metronidazole</i>	51	<i>naltrexone hydrochloride</i>	42
<i>metronidazole vaginal</i>	51	<i>naproxen</i>	50
<i>metyrosine</i>	13	<i>naproxen dr</i>	50
<i>mexiletine hydrochloride</i>	14	<i>naproxen sodium</i>	50
<i>micafungin</i>	61	<i>naratriptan hcl</i>	9
<i>microgestin 1.5/30</i>	29	NATACYN	41
<i>microgestin 1/20</i>	29	<i>nateglinide</i>	78
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	29	NAYZILAM	57
<i>microgestin fe 1/20</i>	30	<i>nebivolol hydrochloride</i>	11
<i>midodrine hydrochloride</i>	13	<i>necon 0.5/35-28</i>	30
<i>mifepristone</i>	33	<i>nefazodone hydrochloride</i>	59
<i>miglustat</i>	81	<i>neomycin sulfate</i>	51
<i>mili</i>	30	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	40
<i>mimvey</i>	30	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	40
<i>minocycline hcl</i>	54	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	40
<i>minocycline hydrochloride</i>	54	<i>one</i>	
<i>minoxidil</i>	16	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	40
<i>mirtazapine</i>	57	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	40
<i>mirtazapine odt</i>	57	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	48
<i>misoprostol</i>	26	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	48
M-M-R II	38	<i>neo-polycin</i>	40
<i>modafinil</i>	21	<i>neo-polycin hc</i>	40
<i>moexipril hydrochloride</i>	16	NERLYNX	65
<i>molindone hydrochloride</i>	68	NEULASTA	77

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NEULASTA ONPRO KIT	77	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	80
<i>nevirapine</i>	73	NOVOLIN N RELION	80
<i>nevirapine er</i>	73	NOVOLIN R	80
NEXLETOL	15	NOVOLIN R FLEXPEN	80
NEXLIZET	15	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	80
NEXPLANON	31	NOVOLIN R RELION	80
<i>niacin er</i>	15	NOVOLOG	80
NICOTROL NS	42	NOVOLOG FLEXPEN	80
<i>nifedipine er</i>	11	NOVOLOG FLEXPEN RELION	80
NILOTINIB	65	NOVOLOG MIX 70/30	80
<i>nilotinib hydrochloride</i>	65	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	80
<i>nilutamide</i>	62	FLEXPEN	
<i>nimodipine</i>	11	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	80
NINLARO	65	FLEXPEN RELION	
<i>nitazoxanide</i>	68	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	80
<i>nitisinone</i>	81	NOVOLOG PENFILL	80
NITRO-BID	16	NOVOLOG RELION	80
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	51	<i>np thyroid 120</i>	32
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	51	<i>np thyroid 15</i>	32
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	51	<i>np thyroid 30</i>	32
<i>nitroglycerin</i>	16	<i>np thyroid 60</i>	32
<i>nitroglycerin</i>	25	<i>np thyroid 90</i>	32
<i>nitroglycerin transdermal</i>	16	NUBEQA	62
NIVA THYROID	32	NUCALA	43
<i>nizatidine</i>	25	NUEDEXTA	20
<i>nora-be</i>	31	NUPLAZID	69
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	30	NUTRILIPID	47
<i>norethindrone</i>	31	<i>nyamyc</i>	61
<i>norethindrone acetate</i>	31	<i>nylia 1/35</i>	30
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	30	<i>nylia 7/7/7</i>	30
<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	30	<i>nystatin</i>	61
<i>estradiol/ferrous fumarate</i>		<i>nystatin/triamcinolone</i>	21
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	30	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	21
<i>norlyroc</i>	31	<i>nystop</i>	61
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	30	<i>octreotide acetate</i>	33
<i>nortrel 1/35</i>	30	ODACTRA	34
<i>nortrel 7/7/7</i>	30	ODEFSEY	73
<i>nortriptyline hcl</i>	58	ODOMZO	65
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	58	OFEV	43
NORVIR	71	<i>ofloxacin</i>	41
NOVOLIN 70/30	80	<i>ofloxacin</i>	48
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	80	OGSIVEO	62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	80	OJEMDA	62
NOVOLIN 70/30 RELION	80	OJJAARA	66
NOVOLIN N	80	<i>olanzapine</i>	70
NOVOLIN N FLEXPEN	80	<i>olanzapine odt</i>	70

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>olmesartan medoxomil</i>	14	ORKAMBI	44
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>orphenadrine citrate er</i>	81
<i>olopatadine hydrochloride</i>	39	<i>orquidea</i>	31
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	15	ORSERDU	62
<i>omeprazole</i>	26	<i>oseltamivir phosphate</i>	71
<i>omeprazole dr</i>	26	OSPHERA	27
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	47	OTEZLA	21
(GEN 5)		OTEZLA	34
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	47	<i>oxacillin sodium</i>	53
(GEN 5)		<i>oxaprozin</i>	50
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	47	<i>oxcarbazepine</i>	56
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	47	<i>oxybutynin chloride</i>	26
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	47	<i>oxybutynin chloride er</i>	26
GEN 5		<i>oxycodone hydrochloride</i>	49
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	47	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	49
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	47	OZEMPIC	78
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	47	PACERONE	14
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	47	<i>paliperidone er</i>	70
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	47	PANRETIN	67
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	47	<i>pantoprazole sodium</i>	26
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	47	<i>paricalcitol</i>	17
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	47	<i>paroxetine hcl</i>	59
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	47	<i>paroxetine hydrochloride</i>	59
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	47	PAXLOVID	74
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	47	<i>pazopanib hydrochloride</i>	66
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	47	PEDIARIX	38
<i>ondansetron hcl</i>	59	PEDVAX HIB	39
<i>ondansetron hydrochloride</i>	59	<i>peg-3350/electrolytes</i>	25
<i>ondansetron odt</i>	59	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	25
ONPATTRO	81	PEGASYS	35
ONUREG	62	PEGASYS	37
OPIPZA	70	PEMAZYRE	66
OPSUMIT	44	PENBRAYA	39
OPVEE	42	<i>penicillamine</i>	74
<i>oralone dental paste</i>	21	<i>penicillin g sodium</i>	53
ORENCIA	34	<i>penicillin v potassium</i>	53
ORENCIA	37	PENMENVY	39
ORENCIA CLICKJECT	34	PENTACEL	39
ORENITRAM	44	<i>pentamidine isethionate</i>	68
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44	<i>pentoxifylline er</i>	13
1		<i>perampanel</i>	57
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44	<i>perindopril erbumine</i>	16
2		<i>periogard</i>	21
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44	<i>permethrin</i>	24
3		<i>perphenazine</i>	68
ORGOVYX	33	PERSERIS	70

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>phenelzine sulfate</i>	58	<i>pregabalin</i>	55
<i>phenobarbital</i>	55	PREHEVBRIQ	39
PHENYTEK	56	PREMARIN	30
<i>phenytoin</i>	56	<i>premium lidocaine</i>	50
<i>phenytoin infatabs</i>	56	PREMPHASE	30
<i>phenytoin sodium extended</i>	56	PREMPRO	30
PHESGO	63	<i>prenatal</i>	76
<i>philith</i>	30	<i>prevalite</i>	15
PIFELTRO	73	PREVYMIS	71
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	21	PREZCOBIX	71
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	40	PREZISTA	71
<i>pimecrolimus</i>	23	PRIFTIN	60
<i>pimozide</i>	68	<i>primaquine phosphate</i>	68
<i>pimtrea</i>	30	<i>primidone</i>	55
<i>pindolol</i>	11	PRIORIX	39
<i>pioglitazone hcl</i>	78	PRIVIGEN	35
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	78	PROAIR RESPICLICK	46
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	78	<i>probenecid</i>	16
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	53	<i>probenecid/colchicine</i>	16
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	66	<i>prochlorperazine</i>	60
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	66	<i>prochlorperazine maleate</i>	59
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	66	PROCRIT	77
<i>pirfenidone</i>	43	<i>procto-med hc</i>	17
<i>piroxicam</i>	50	<i>proctosol hc</i>	17
<i>pitavastatin calcium</i>	14	<i>proctozone-hc</i>	17
PLENAMINE	75	<i>progesterone</i>	31
<i>podofilox</i>	21	PROGRAF	37
<i>polycin</i>	40	PROLASTIN-C	81
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	40	<i>promethazine hcl</i>	60
POMALYST	61	<i>promethazine hydrochloride</i>	60
<i>portia-28</i>	30	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	60
<i>posaconazole</i>	61	<i>promethegan</i>	60
<i>posaconazole dr</i>	61	<i>propafenone hcl</i>	14
<i>potassium chloride</i>	76	<i>propafenone hydrochloride</i>	14
<i>potassium chloride er</i>	75	<i>propafenone hydrochloride er</i>	14
<i>potassium citrate er</i>	76	<i>propranolol hcl</i>	11
PRALUENT	15	<i>propranolol hydrochloride</i>	11
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10	<i>propranolol hydrochloride er</i>	11
<i>prasugrel hydrochloride</i>	76	<i>propylthiouracil</i>	33
<i>pravastatin sodium</i>	15	PROQUAD	39
<i>praziquantel</i>	68	<i>protriptyline hcl</i>	58
<i>prazosin hydrochloride</i>	11	<i>prucalopride</i>	24
<i>prednisolone</i>	32	PULMOZYME	44
<i>prednisolone acetate</i>	41	<i>pyrazinamide</i>	60
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32	<i>pyridostigmine bromide</i>	10
<i>prednisone</i>	32	<i>pyrimethamine</i>	68

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PYRUKYND	81	<i>ribavirin</i>	72
PYRUKYND TAPER PACK	81	<i>rifabutin</i>	60
QINLOCK	66	<i>rifampin</i>	60
QUADRACEL	39	<i>riluzole</i>	20
<i>quetiapine fumarate</i>	70	RINVOQ	34
<i>quetiapine fumarate er</i>	70	RINVOQ LQ	34
<i>quinapril hydrochloride</i>	16	<i>risedronate sodium</i>	17
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>risperidone</i>	70
<i>quinidine sulfate</i>	14	<i>risperidone er</i>	70
<i>quinine sulfate</i>	68	<i>risperidone odt</i>	70
QULIPTA	10	<i>ritonavir</i>	71
QVAR REDIHALER	45	<i>rivastigmine tartrate</i>	9
RABAVERT	39	<i>rivastigmine transdermal system</i>	9
<i>rabeprazole sodium</i>	26	<i>rivelsa</i>	30
RALDESY	59	RIVFLOZA	47
<i>raloxifene hydrochloride</i>	27	<i>rizatriptan benzoate</i>	9
<i>ramelteon</i>	21	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9
<i>ramipril</i>	16	ROCKLATAN	41
<i>ranolazine er</i>	13	<i>roflumilast</i>	46
<i>rasagiline mesylate</i>	10	ROMVIMZA	66
RAYALDEE	17	<i>ropinirole er</i>	10
REBIF	18	<i>ropinirole hcl</i>	10
REBIF REBIDOSE	18	<i>ropinirole hydrochloride</i>	10
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	18	<i>rosuvastatin calcium</i>	15
REBIF TITRATION PACK	18	<i>rosyrah</i>	30
RECOMBIVAX HB	39	ROTARIX	39
RELENZA DISKHALER	72	ROTATEQ	39
RELISTOR	24	<i>roweepra</i>	57
RENFLEXIS	38	ROZLYTREK	66
RENTHYROID	32	RUBRACA	66
<i>repaglinide</i>	78	<i>rufinamide</i>	56
REPATHA	15	RUKOBIA	71
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	15	RYBELSUS	78
REPATHA SURECLICK	15	RYDAPT	66
RESTASIS	40	RYTARY	11
RESTASIS MULTIDOSE	40	SANDIMMUNE	38
RETACRIT	77	SANTYL	21
RETEVMO	66	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	81
REVCovi	81	SAVELLA	18
REVUFORJ	63	SAVELLA TITRATION PACK	18
REXULTI	70	SCSEMBLIX	66
REYATAZ	71	<i>scopolamine</i>	60
REZDIFFRA	33	SECUADO	70
REZLIDHIA	66	<i>selegiline hcl</i>	10
REZUROCK	38	<i>selenium sulfide</i>	23
RHOPRESSA	40	SELZENTRY	71

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SEREVENT DISKUS	46	SPS	74
<i>sertraline hcl</i>	59	<i>sronyx</i>	30
<i>sertraline hydrochloride</i>	59	<i>ssd</i>	22
<i>setlakin</i>	30	STAMARIL	39
SFROWASA	17	STELARA	34
<i>sharobel</i>	31	STEQEYMA	35
SHINGRIX	39	STIOLTO RESPIMAT	43
SIGNIFOR	33	STIVARGA	66
<i>sildenafil citrate</i>	44	<i>streptomycin sulfate</i>	51
<i>silodosin</i>	26	STRIBILD	72
<i>silver sulfadiazine</i>	22	<i>subvenite</i>	57
SIMBRINZA	41	<i>subvenite starter kit/blue</i>	57
<i>simliya</i>	30	<i>subvenite starter kit/green</i>	57
<i>simpesse</i>	30	<i>subvenite starter kit/orange</i>	57
<i>simvastatin</i>	15	SUCRAID	81
<i>sirolimus</i>	38	<i>sucrafate</i>	26
SIRTURO	60	<i>sulfacetamide sodium</i>	41
SKYCLARYS	47	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	41
SKYRIZI	34	<i>phosphate</i>	
SKYRIZI PEN	34	<i>sulfadiazine</i>	54
<i>sodium chloride</i>	76	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	54
<i>sodium chloride 0.45%</i>	76	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	54
<i>sodium chloride 0.9%</i>	47	<i>sulfasalazine</i>	17
<i>sodium oxybate</i>	21	<i>sulindac</i>	50
<i>sodium phenylbutyrate</i>	81	<i>sumatriptan</i>	9
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	74	<i>sumatriptan succinate</i>	9
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	25	<i>sunitinib malate</i>	66
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	72	SUNLENCA	71
<i>solifenacin succinate</i>	26	SUTAB	25
SOLQUA 100/33	78	SYMPAZAN	55
SOLTAMOX	62	SYMTUZA	71
SOMAVERT	33	SYNJARDY	78
<i>sorafenib</i>	66	SYNJARDY XR	78
<i>sorafenib tosylate</i>	66	SYNTHROID	33
<i>sotalol hcl</i>	14	TABLOID	62
<i>sotalol hydrochloride</i>	14	TABRECTA	66
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14	<i>tacrolimus</i>	23
SPEVIGO	23	<i>tacrolimus</i>	38
SPIRIVA RESPIMAT	45	<i>tadalafil</i>	26
<i>spironolactone</i>	14	<i>tadalafil</i>	44
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13	TAFINLAR	66
SPRAVATO 56MG DOSE	57	TAGRISSO	66
SPRAVATO 84MG DOSE	57	TALZENNA	67
<i>sprintec 28</i>	30	<i>tamoxifen citrate</i>	62
SPRITAM	57	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	26
		<i>tarina fe 1/20 eq</i>	30

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TAVNEOS	35	TOBRADEX	41
<i>tazarotene</i>	22	TOBRADEX ST	41
TAZICEF	52	<i>tobramycin</i>	41
<i>taztia xt</i>	12	<i>tobramycin</i>	44
TAZVERIK	67	<i>tobramycin sulfate</i>	51
TDVAX	39	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	41
TEFLARO	52	<i>tolterodine tartrate</i>	26
<i>telmisartan</i>	14	<i>tolterodine tartrate er</i>	26
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>topiramate</i>	57
<i>temazepam</i>	21	<i>topotecan hcl</i>	63
TENIVAC	39	<i>topotecan hydrochloride</i>	63
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	73	<i>toremifene citrate</i>	62
TEPMETKO	67	<i>torpenz</i>	67
<i>terazosin hcl</i>	26	<i>torsemid</i>	15
<i>terazosin hydrochloride</i>	26	TOUJEO MAX SOLOSTAR	80
<i>terbinafine hcl</i>	61	TOUJEO SOLOSTAR	80
<i>terconazole</i>	61	TRADJENTA	78
<i>teriparatide</i>	17	<i>tramadol hydrochloride</i>	49
<i>testosterone</i>	27	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	49
<i>testosterone cypionate</i>	27	<i>trandolapril</i>	16
<i>testosterone enanthate</i>	27	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13
<i>testosterone pump</i>	27	<i>tranexamic acid</i>	76
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	39	<i>tranylcypromine sulfate</i>	58
<i>tetrabenazine</i>	20	<i>trazodone hydrochloride</i>	59
<i>tetracycline hydrochloride</i>	54	TRECATOR	60
TEVIMBRA	62	TRELEGY ELLIPTA	43
THALOMID	61	TRELSTAR MIXJECT	34
<i>theophylline er</i>	46	TRESIBA	80
<i>thioridazine hydrochloride</i>	68	TRESIBA FLEXTOUCH	80
<i>thiothixene</i>	68	<i>tretinoin</i>	22
THYROID	33	<i>tretinoin</i>	67
<i>tiadylt er</i>	12	<i>triamcinolone acetonide</i>	23
<i>tiagabine hydrochloride</i>	55	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	21
TIBSOVO	67	<i>triamterene</i>	15
<i>ticagrelor</i>	76	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13
TICOVAC	39	<i>triderm</i>	23
<i>tigecycline</i>	51	<i>trientine hydrochloride</i>	74
<i>timolol maleate</i>	10	<i>tri-estarylla</i>	30
<i>timolol maleate</i>	40	<i>trifluoperazine hcl</i>	69
<i>tinidazole</i>	51	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	69
<i>tiotropium bromide</i>	45	<i>trifluridine</i>	41
TIVICAY	72	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10
TIVICAY PD	72	TRIJDY XR	78
<i>tizanidine hcl</i>	9	TRIKAFITA	44
<i>tizanidine hydrochloride</i>	9	<i>tri-lynyah</i>	30
		<i>trimethoprim</i>	51

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tri-mili</i>	30	<i>vancomycin hydrochloride</i>	51
<i>trimipramine maleate</i>	58	VANFLYTA	67
TRINTELLIX	59	VAQTA	39
<i>tri-nymyo</i>	30	<i>varenicline starting month</i>	42
<i>tri-sprintec</i>	30	<i>varenicline tartrate</i>	42
TRIUMEQ	74	VARIVAX	39
TRIUMEQ PD	73	VAXCHORA	39
<i>trivora-28</i>	30	VAXELIS	39
<i>tri-vylibra</i>	30	VELPHORO	74
<i>tropium chloride</i>	26	VELTASSA	74
<i>tropium chloride er</i>	26	VENCLEXTA	67
TRULICITY	78	VENCLEXTA STARTING PACK	67
TRUMENBA	39	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	59
TRUQAP	67	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	59
TRYNGOLZA	15	VENTAVIS	44
TUKYSA	67	VEOPOZ	35
TURALIO	67	VEOZAH	20
<i>turqoz</i>	31	<i>verapamil hcl</i>	12
TWINRIX	39	<i>verapamil hcl er</i>	12
TYBOST	71	<i>verapamil hcl sr</i>	12
TYENNE	35	<i>verapamil hydrochloride</i>	12
TYMLOS	17	<i>verapamil hydrochloride er</i>	12
TYPHIM VI	39	VERQUVO	16
TYRVAYA	42	VERSACLOZ	69
UBRELVY	10	VERZENIO	67
UDENYCA	77	V-GO 20	48
UDENYCA ONBODY	77	V-GO 30	48
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	47	V-GO 40	48
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	47	<i>vienva</i>	31
UNITHROID	33	<i>vigabatrin</i>	55
<i>urea</i>	22	<i>vigadrone</i>	55
<i>ursodiol</i>	25	VIGAFYDE	55
<i>ustekinumab</i>	35	<i>vigpoder</i>	55
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	72	<i>vilazodone hydrochloride</i>	59
VALCHLOR	61	VIMKUNYA	39
<i>valganciclovir</i>	71	<i>viorele</i>	31
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	71	VIRACEPT	71
<i>valproic acid</i>	57	VIREAD	74
<i>valsartan</i>	14	VISTOGARD	48
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13	VITRAKVI	67
VALTOCO 10 MG DOSE	55	VIVITROL	42
VALTOCO 15 MG DOSE	55	VIVOTIF	39
VALTOCO 20 MG DOSE	55	VIZIMPRO	67
VALTOCO 5 MG DOSE	55	VOCABRIA	72
<i>valtya 1/50</i>	31	<i>volnea</i>	31
<i>vancomycin hcl</i>	51	VONJO	63

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VOQUEZNA	25	YUPELRI	46
VOQUEZNA DUAL PAK	52	<i>yuvafem</i>	31
VOQUEZNA TRIPLE PAK	52	<i>zafemy</i>	31
VORANIGO	63	<i>zafirlukast</i>	45
<i>voriconazole</i>	61	<i>zaleplon</i>	21
VOSEVI	72	ZARXIO	77
VOWST	25	ZEJULA	67
VRAYLAR	70	ZELBORAF	67
VUMERITY	18	<i>zenatane</i>	22
<i>vyfemla</i>	31	ZENPEP	82
VYJUVEK	72	<i>zidovudine</i>	74
<i>vylibra</i>	31	<i>ziprasidone hcl</i>	70
VYNDAMAX	13	<i>ziprasidone mesylate</i>	70
VYZULTA	41	ZIRGAN	41
<i>warfarin sodium</i>	77	ZOKINVY	48
WELIREG	81	ZOLINZA	63
<i>wera</i>	31	<i>zolmitriptan</i>	9
WEZLANA	35	<i>zolpidem tartrate</i>	21
WINREVAIR	44	<i>zolpidem tartrate er</i>	21
<i>wixela inhub</i>	43	ZONISADE	56
WYOST	17	<i>zonisamide</i>	56
XALKORI	67	<i>zovia 1/35</i>	31
XARELTO	77	ZTALMY	55
XARELTO STARTER PACK	77	ZURZUVAE	57
XATMEP	38	ZYDELIG	67
XCOPRI	56	ZYKADIA	67
XDEMVI	41	ZYLET	41
XELJANZ	35	ZYPREXA RELPREVV	70
XELJANZ XR	35		
XERMELO	24		
XIFAXAN	25		
XIGDUO XR	79		
XIIDRA	41		
XOFLUZA	72		
XOLAIR	35		
XOLREMDI	77		
XOSPATA	67		
XPOVIO	67		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	67		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	67		
XTAMPZA ER	48		
XTANDI	62		
<i>xulane</i>	31		
<i>yargesa</i>	81		
YF-VAX	39		
YONSA	62		

ID de formulario: 26210, Versión: 7, Fecha efectiva: 01/01/2026

Ultima actualización: 08/06/2025



A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Este formulario se actualizó el 08/06/2025. 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.