

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: 12

Este formulario se actualizó el 04/01/2026. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar www.SeniorCarePlus.com.

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

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. Llame al 775-982-3112 o de forma gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

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

Nota para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

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

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

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

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que entró en vigencia el 05/01/2026. 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 05/01/2026. 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 85. 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 5 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 periodo 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 85.

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
<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-aspártico (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		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<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 antiyaquecosos		
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/caffeine tablet 100mg; 1mg</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
NURTEC TABLET DISINTEGRATING 75MG	5	QL(18 EA por 30 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 antiemiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
VYVGART HYTRULO INJECTION 180MG/ML; 2000UNIT/ML	5	PA
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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	4	
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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour 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 capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<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 sr capsule extended release 24 hour 240mg, 360mg</i>	3	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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)
<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>sacubitril/valsartan tablet 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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	
<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 150mg, 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	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>gemfibrozil tablet 600mg</i>	2	
Dislipidémicos, 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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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>toremide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<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	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<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	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<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)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<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
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 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	
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)
OSENVELT INJECTION 120MG/1.7ML	5	PA
<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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>stoboclo injection 60mg/ml</i>	4	QL(2 ML por 365 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
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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 fibromialgia		
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)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<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)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	3	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 (dif) tablet extended release 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif) tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<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)
<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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
<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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	4	
<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 cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	2	
<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	
<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>adapalene/benzoyl peroxide gel 0.1%; 2.5%</i>	3	
<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>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 5%; 1.2%</i>	2	
<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>ala-cort cream 1%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate ointment 0.05%</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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 lotion 0.05%</i>	2	
<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>	2	
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate foam 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)
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone 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, 300MG/2ML	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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enulose 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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 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
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted 40mg/5ml</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 150mg, 300mg</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<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
Inhibidores de la bomba de protones		
<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)
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	2	
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
Antiespasmódicos, urinario		
<i>fesoterodine fumarate er tablet extended release 24 hour 4mg, 8mg</i>	4	
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)		
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 MINIQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK 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		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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	
<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>conjugated estrogens tablet 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg</i>	4	
<i>cryselle-28 tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>cryselle 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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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>luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg</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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortrel 1/35 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>pimtreea 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	
<i>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
VALTYA 1/35 TABLET 35MCG; 1MG	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>yuvaferm 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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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)		
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
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>liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	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	
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)		
<i>Agentes anti tiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<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
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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX INJECTION 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
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS 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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VEOPOZ INJECTION 400MG/2ML	5	PA
VYVGART HYTRULO INJECTION 1000MG/5ML; 10000UNIT/5ML	5	QL(20 ML por 28 días); PA
WEZLANA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
WEZLANA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR 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
Inmunoestimulantes		
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
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 INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE 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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UEVEITIS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM 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-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVEITIS INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL 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
ENVARBUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARBUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution 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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-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
RENFLEXIS 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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
DENGVAXIA INJECTION 0	3	
ENGERIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/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	
IPOX INACTIVATED IPV 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	
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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<i>shingrix injection 50mcg/0.5ml</i>	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	
<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	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	3	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 20mg/ml; 5mg/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/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/bacitracin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 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	
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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
LEVOFLOXACIN OPHTHALMIC SOLUTION 0.5%	3	
<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	
XDEMVY 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		
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		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 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)
<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
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS 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	
<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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
YUPELRI NEBULIZATION 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); (6.7 GM Pack Size)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días); (8.5 GM Pack Size)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días); (18 GM Pack Size)
<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)
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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 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)
V-GO 20 KIT	3	
V-GO 30 KIT	3	
V-GO 40 KIT	3	
VISTOGARD PACKET 10GM	5	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl solution 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>methadone hydrochloride solution 10mg/5ml</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, 300mg; 60mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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 +rfid injection 30mg/ml</i>	4	
<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	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 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	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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>fosfomicin 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	
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	4	PA

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefaclor 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>ceftaroline fosamil injection 400mg, 600mg</i>	5	
<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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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, 2gm</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>nafcellin 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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	5	PA NSO
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	5	PA NSO
<i>diazepam 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
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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; (14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (14 X 150 MG & 14 X 200 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (14 X 50 MG & 14 X 100 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; 100 MG & 150 MG TABS (250 MG DAILY DOSE)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; 150 MG & 200 MG TABS (350 MG DAILY DOSE)
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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<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, 500mg</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 suspension 0.5mg/ml</i>	5	
<i>perampanel tablet 2mg</i>	4	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	5	
<i>rowepra 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	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg</i>	2	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	ST NSO
<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
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		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant capsule therapy pack 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D; (THERAPY PACK 80 & 125 MG)
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 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>meclizine hydrochloride tablet 25mg</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<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 solution 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	4	
<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		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	4	
Antituberculosos		
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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>casposfungin acetate injection 50mg, 70mg</i>	4	
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole solution 1%</i>	2	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	
<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>micalfungin 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		
<i>Agentes alquilantes</i>		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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	
<i>lomustine capsule 10mg, 40mg</i>	4	
<i>lomustine capsule 100mg</i>	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	
<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
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
TEVIMBRA INJECTION 100MG/10ML	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPSULE 140MG	5	
INLURIYO TABLET 200MG	5	PA NSO
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	
Antimetabolitos		
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	
Antineoplásicos, otros		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
KOMZIFTI CAPSULE 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	
MODEYSO CAPSULE 125MG	5	PA NSO
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
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
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride injection 4mg/4ml</i>	5	
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	1	
<i>exemestane tablet 25mg</i>	4	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>letrozole tablet 2.5mg</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
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
BRUKINSA TABLET 160MG	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
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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
HERNEXEOS TABLET 60MG	5	PA NSO
HYRNUO TABLET 10MG	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
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 SPRINKLE 5MG, 7.5MG	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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA 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
LIFYORLI CAPSULE THERAPY PACK 0	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
NILOTINIB D-TARTRATE CAPSULE 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
<i>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA NSO
NINLARO CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO
ODOMZO CAPSULE 200MG	5	PA NSO
OJJAARA TABLET 100MG, 200MG	5	PA NSO
OJJAARA TABLET 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg, 400mg</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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO 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
SCSEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 40MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA NSO
SCSEMBLIX 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
TAGRISSE TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSE 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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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, 80MG	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		
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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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
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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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 0.5MG, 0.75MG, 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	
Antivirico		
<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)
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; 675MG, 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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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)
<i>rilpivirine hydrochloride tablet 25mg</i>	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)
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		
LAGEVRIO CAPSULE 200MG	3	QL(40 EA por 5 días)

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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		
<i>Aglutinantes de potasio</i>		
<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	
<i>sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml</i>	3	
SPS SUSPENSION 15GM/60ML	3	
VELTASSA PACKET 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	4	
<i>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</i>		
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>tolvaptan tablet 15mg, 30mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; (Generic for Jynarque)
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
<i>Quelantes de fosfato</i>		
<i>calcium acetate capsule 667mg</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	5	
<i>Reemplazo de electrolitos/minerales</i>		
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

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>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	
<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	

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium 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	
DOPTELET 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 CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	3	QL(84 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(140 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(420 EA por 28 días); PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(560 EA por 28 días); PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)
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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 4MG/0.4ML, 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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	5	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
<i>glucagon emergency kit injection 1mg</i>	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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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
ZELVYSIA PACKET 100MG, 500MG	5	PA

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026
 Última actualización: 04/01/2026

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>	75
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	75
ABELCET	62
<i>abigale</i>	28
<i>abigale lo</i>	28
ABILIFY MAINTENA	70
<i>abiraterone acetate</i>	63
<i>abirtega</i>	63
ABRYSVO	39
<i>acamprosate calcium dr</i>	43
<i>acarbose</i>	79
ACCUTANE	22
<i>acebutolol hydrochloride</i>	11
<i>acetaminophen/codeine</i>	49
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	49
<i>acetazolamide</i>	40
<i>acetazolamide er</i>	40
<i>acetic acid</i>	49
<i>acetic acid 0.25%</i>	26
<i>acitretin</i>	22
ACTHIB	39
ACTIMMUNE	36
<i>acyclovir</i>	24
<i>acyclovir</i>	74
<i>acyclovir sodium</i>	74
ADACEL	39
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	36
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	36
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE	36
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	36
ADALIMUMAB-ADBM	37
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	37
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	37
PSORIASIS/UVEITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	37
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	37
PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	22
ADBRY	22

Nombre del medicamento	Página
<i>adefovir dipivoxil</i>	75
ADEMPAS	45
ADTHYZA	33
ADVAIR HFA	43
<i>afirmelle</i>	28
AIMOVIG	10
AIRSUPRA	43
AKEEGA	64
<i>ala-cort</i>	22
<i>albendazole</i>	69
<i>albuterol sulfate</i>	47
<i>albuterol sulfate hfa</i>	46
<i>alclometasone dipropionate</i>	22
ALCOHOL PREP PADS	47
ALECENSA	65
<i>alendronate sodium</i>	17
<i>alfuzosin hcl er</i>	26
ALINIA	69
<i>aliskiren</i>	12
<i>allopurinol</i>	17
<i>alose tron hydrochloride</i>	24
<i>alprazolam</i>	51
<i>altavera</i>	28
ALUNBRIG	65
<i>alyacen 1/35</i>	28
<i>alyacen 7/7/7</i>	28
<i>alyq</i>	45
<i>amabelz</i>	28
<i>amantadine hcl</i>	73
<i>ambrisentan</i>	45
<i>amethia</i>	28
<i>amethyst</i>	28
<i>amikacin sulfate</i>	51
<i>amiloride hcl</i>	15
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
AMINOSYN II	76
AMINOSYN-PF	77
<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
<i>amitriptyline hcl</i>	59
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	59
<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>	23

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amnesteem</i>	22	<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19
<i>amoxapine</i>	59	<i>atorvastatin calcium</i>	15
<i>amoxicillin</i>	54	<i>atovaquone</i>	69
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	53	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	69
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	53	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	69
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	19	<i>atropine sulfate</i>	41
<i>amphotericin b</i>	62	ATROVENT HFA	46
<i>amphotericin b liposome</i>	62	<i>aubra eq</i>	28
<i>ampicillin</i>	54	AUGMENTIN	54
<i>ampicillin sodium</i>	54	AUGTYRO	65
<i>ampicillin/sulbactam</i>	54	<i>aurovela 1.5/30</i>	28
<i>ampicillin-sulbactam</i>	54	<i>aurovela 1/20</i>	28
<i>anagrelide hydrochloride</i>	79	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	28
<i>anastrozole</i>	64	<i>aurovela fe 1/20</i>	28
ANORO ELLIPTA	43	AUSTEDO	20
<i>aprepitant</i>	61	AUSTEDO XR	20
APTIVUS	72	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	20
AREXVY	39	KIT	
<i>arformoterol tartrate</i>	47	AUVELITY	58
ARIKAYCE	51	<i>aviane</i>	28
<i>aripiprazole</i>	71	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	64
<i>aripiprazole odt</i>	71	AVONEX	18
ARISTADA	71	AVONEX PEN	18
ARISTADA INITIO	71	<i>ayuna</i>	28
<i>armodafinil</i>	21	AYVAKIT	65
ARMOUR THYROID	33	<i>azathioprine</i>	37
ARNUITY ELLIPTA	45	<i>azelaic acid</i>	22
<i>asenapine maleate sl</i>	71	<i>azelastine hcl</i>	40
<i>ashlyna</i>	28	<i>azelastine hcl</i>	45
ASMANEX HFA	45	<i>azelastine hydrochloride</i>	45
ASMANEX TWISTHALER 120	46	<i>azithromycin</i>	54
METERED DOSES		<i>aztreonam</i>	52
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	46	<i>azurette</i>	28
DOSES		<i>bacitracin</i>	42
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	46	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	41
DOSES		<i>baclofen</i>	9
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	46	<i>balsalazide disodium</i>	17
DOSES		BALVERSA	65
<i>aspirin/dipyridamole</i>	78	<i>balziva</i>	28
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	78	BAQSIMI ONE PACK	81
ASTAGRAF XL	37	BAQSIMI TWO PACK	81
<i>atazanavir</i>	72	BARACLUDE	75
<i>atazanavir sulfate</i>	72	<i>bcg vaccine</i>	39
<i>atenolol</i>	11	BD INSULIN SYRINGE	47
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atomoxetine</i>	19		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	47	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	41
BD INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	47	<i>brinzolamide</i>	41
BD INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE/1ML/31G X 8MM	48	BRIVIACT	57
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA- FINE/29G X 12.7MM	48	<i>bromfenac sodium</i>	42
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	48	<i>bromocriptine mesylate</i>	10
BELSOMRA	21	BRONCHITOL	43
<i>benazepril hydrochloride</i>	16	BRUKINSA	65
<i>benazepril</i>	12	<i>budesonide</i>	17
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>budesonide</i>	46
BENLYSTA	34	<i>budesonide er</i>	17
<i>benznidazole</i>	69	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	43
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>bumetanide</i>	15
BESIVANCE	42	<i>buprenorphine</i>	49
BESREMI	36	<i>buprenorphine hcl</i>	43
<i>betaine anhydrous</i>	83	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	43
<i>betamethasone dipropionate</i>	23	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	43
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	23	<i>bupropion hydrochloride</i>	59
<i>betamethasone valerate</i>	23	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	43
BETASERON	18	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	58
<i>betaxolol hcl</i>	11	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	58
<i>betaxolol hcl</i>	40	<i>bupirone hcl</i>	51
<i>bethanechol chloride</i>	27	<i>bupirone hydrochloride</i>	51
<i>bexarotene</i>	69	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
BEXSERO	39	CABENUVA	74
<i>bicalutamide</i>	63	<i>cabergoline</i>	34
BICILLIN L-A	54	CABLIVI	78
BIKTARVY	74	CABOMETYX	65
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>calcipotriene</i>	21
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>calcitonin-salmon</i>	17
BIVIGAM	36	<i>calcitriol</i>	17
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	28	<i>calcium acetate</i>	76
<i>blisovi fe 1/20</i>	28	CALQUENCE	65
BONSITY	17	<i>camila</i>	31
BOOSTRIX	39	<i>camrese</i>	28
BOSULIF	65	<i>camrese lo</i>	28
BRAFTOVI	65	<i>candesartan cilexetil</i>	14
BREO ELLIPTA	43	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>breyana</i>	43	CAPLYTA	71
BREZTRI AEROSPHERE	43	CAPRELSA	65
<i>briellyn</i>	28	<i>captopril</i>	16
BRIMONIDINE TARTRATE	41	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	13
		<i>carbamazepine</i>	57
		<i>carbamazepine er</i>	56
		<i>carbidopa</i>	11
		<i>carbidopa/levodopa</i>	11

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carbidopa/levodopa er</i>	10	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	17
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10	CINRYZE	36
<i>carglumic acid</i>	77	<i>ciprofloxacin hcl</i>	55
<i>carteolol hcl</i>	40	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	42
<i>cartia xt</i>	11	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	55
<i>carvedilol</i>	11	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	55
<i>casprofungin acetate</i>	62	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	49
CAYSTON	44	<i>cisplatin</i>	63
<i>cefaclor</i>	53	<i>citalopram hydrobromide</i>	60
<i>cefadroxil</i>	53	<i>claravis</i>	22
CEFAZOLIN	53	<i>clarithromycin</i>	54
<i>cefazolin sodium</i>	53	<i>clarithromycin er</i>	54
<i>cefdinir</i>	53	CLENPIQ	25
<i>cefepime</i>	53	CLIMARA PRO	28
<i>cefepime hydrochloride</i>	53	<i>clindacin etz pledgets</i>	52
CEFEPIME/DEXTROSE	53	<i>clindamycin hcl</i>	52
<i>cefixime</i>	53	<i>clindamycin hydrochloride</i>	52
<i>cefotaxime sodium</i>	53	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	52
<i>cefotetan</i>	53	<i>clindamycin phosphate</i>	24
<i>cefoxitin sodium</i>	53	<i>clindamycin phosphate</i>	52
<i>cefpodoxime proxetil</i>	53	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	22
<i>cefprozil</i>	53	<i>clobazam</i>	55
<i>ceftaroline fosamil</i>	53	<i>clobetasol propionate</i>	23
<i>ceftazidime</i>	53	<i>clobetasol propionate e</i>	23
<i>ceftriaxone sodium</i>	53	<i>clomipramine hydrochloride</i>	59
<i>cefuroxime axetil</i>	53	<i>clonazepam</i>	55
<i>cefuroxime sodium</i>	53	<i>clonazepam odt</i>	55
<i>celecoxib</i>	50	<i>clonidine</i>	13
<i>cephalexin</i>	53	<i>clonidine hydrochloride</i>	13
CERDELGA	83	<i>clopidogrel</i>	78
<i>cetirizine hydrochloride</i>	45	<i>clorazepate dipotassium</i>	51
<i>chateal eq</i>	28	<i>clotrimazole</i>	62
CHEMET	76	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	21
<i>chlorhexidine gluconate</i>	21	<i>clozapine</i>	70
<i>chloroquine phosphate</i>	69	<i>clozapine odt</i>	70
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	70	COARTEM	69
<i>chlorthalidone</i>	16	COBENFY	20
CHOLBAM	83	COBENFY STARTER PACK	20
<i>cholestyramine</i>	15	<i>colchicine</i>	17
<i>cholestyramine light</i>	15	<i>colesevelam hydrochloride</i>	15
<i>ciclodan</i>	24	<i>colestipol hydrochloride</i>	15
<i>ciclopirox</i>	24	<i>colistimethate sodium</i>	52
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	24	COMBIGAN	41
<i>ciclopirox olamine</i>	24	COMBIVENT RESPIMAT	44
<i>cilostazol</i>	78	COMETRIQ	65
CIMDUO	75	<i>compro</i>	61

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>conjugated estrogens</i>	28	<i>demeclocycline hcl</i>	55
<i>constulose</i>	24	DENGVAXIA	39
COPIKTRA	65	DEPO-SUBQ PROVERA 104	32
<i>cortisone acetate</i>	32	DESCOVY	75
COSENTYX	34	<i>desipramine hydrochloride</i>	59
COSENTYX SENSOREADY PEN	34	<i>desmopressin acetate</i>	27
COSENTYX UNOREADY	34	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	29
COTELLIC	65	<i>desonide</i>	23
CREON	83	<i>desoximetasone</i>	23
CRESEMBA	62	<i>desvenlafaxine er</i>	60
<i>cromolyn sodium</i>	40	<i>dexamethasone</i>	32
<i>cromolyn sodium</i>	47	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	42
<i>cromolyn sodium</i>	83	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	19
<i>cryselle</i>	28	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	20
<i>cryselle-28</i>	28	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	19
CTEXLI	25	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	19
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	48	<i>dextrose 5%</i>	77
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	83	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	77
<i>cyclophosphamide</i>	63	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	77
<i>cycloserine</i>	61	DIACOMIT	56
<i>cyclosporine</i>	37	<i>diazepam</i>	51
<i>cyclosporine</i>	41	<i>diazepam</i>	56
<i>cyclosporine modified</i>	37	<i>diazepam intensol</i>	51
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	45	<i>diazoxide</i>	81
CYSTAGON	83	<i>diclofenac potassium</i>	50
CYSTARAN	41	<i>diclofenac sodium</i>	22
<i>dabigatran etexilate</i>	78	<i>diclofenac sodium</i>	42
<i>dalfampridine er</i>	18	<i>diclofenac sodium</i>	50
<i>danazol</i>	28	<i>diclofenac sodium dr</i>	50
<i>dantrolene sodium</i>	9	<i>diclofenac sodium er</i>	50
DANZITEN	65	<i>dicloxacin sodium</i>	54
<i>dapagliflozin propanediol</i>	16	<i>dicyclomine hcl</i>	26
<i>dapsone</i>	61	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	26
DAPTACEL	39	DIFICID	54
<i>daptomycin</i>	52	<i>diflunisal</i>	50
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	52	<i>digox</i>	14
<i>darunavir</i>	72	<i>digoxin</i>	14
<i>dasatinib</i>	65	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9
<i>dasetta 1/35</i>	28	DILANTIN	57
<i>dasetta 7/7/7</i>	28	<i>diltiazem hcl</i>	12
DAURISMO	65	<i>diltiazem hcl cd</i>	11
<i>daysee</i>	28	<i>diltiazem hcl er</i>	11
<i>deblitane</i>	32	<i>diltiazem hydrochloride</i>	12
<i>deferasirox</i>	76	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	12
DELSTRIGO	74	<i>dilt-xr</i>	11
<i>delyla</i>	28	<i>dimethyl fumarate</i>	18

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	18	<i>effe-k</i>	77
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	45	<i>elimest</i>	29
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	24	ELIQUIS	78
<i>disulfiram</i>	43	ELIQUIS STARTER PACK	78
<i>divalproex sodium dr</i>	56	ELLA	48
<i>divalproex sodium er</i>	56	ELMIRON	27
<i>dofetilide</i>	14	<i>eltrombopag olamine</i>	79
<i>dolishale</i>	29	<i>eluryng</i>	29
<i>donepezil hcl</i>	9	EMCYT	63
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	EMGALITY	10
DOPTELET	78	EMPAVELI	35
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	41	EMSAM	59
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	41	<i>emtricitabine</i>	75
DOTTI	29	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	74
DOVATO	74	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	75
<i>doxazosin mesylate</i>	26	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	75
<i>doxepin hcl</i>	59	EMTRIVA	75
<i>doxepin hydrochloride</i>	59	<i>emzahh</i>	32
<i>doxycycline</i>	55	<i>enalapril maleate</i>	16
<i>doxycycline hyclate</i>	21	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>doxycycline hyclate</i>	55	ENBREL	37
<i>doxycycline monohydrate</i>	55	ENBREL MINI	37
DRIZALMA SPRINKLE	60	ENBREL SURECLICK	37
<i>dronabinol</i>	61	<i>endocet</i>	49
DROXIA	63	ENGERIX-B	39
<i>droxidopa</i>	13	<i>enilloring</i>	29
DULERA	44	<i>enoxaparin sodium</i>	78
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	60	<i>enpresse-28</i>	29
DUPIXENT	35	ENSACOVE	65
<i>dutasteride</i>	26	<i>entacapone</i>	10
EASY COMFORT INSULIN	48	<i>entecavir</i>	75
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		ENTRESTO	13
EASY COMFORT PEN NEEDLES	48	<i>enulose</i>	25
29GX4MM		ENVARBUS XR	37
<i>ec-naproxen</i>	50	EPIDIOLEX	57
<i>econazole nitrate</i>	62	<i>epinephrine</i>	47
EDARBI	14	<i>epitol</i>	57
EDARBYCLOR	13	<i>eplerenone</i>	14
EDURANT	74	EPRONTIA	57
EDURANT PED	74	<i>ergoloid mesylates</i>	9
<i>efavirenz</i>	74	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	74	ERIVEDGE	65
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	74	ERLEADA	63
		<i>erlotinib hydrochloride</i>	65
		<i>errin</i>	32

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ertapenem sodium</i>	54	<i>feirza 1/20</i>	29
<i>ery</i>	24	<i>felbamate</i>	57
<i>erythromycin</i>	24	<i>felodipine er</i>	11
<i>erythromycin</i>	42	<i>fenofibrate</i>	14
<i>erythromycin dr</i>	54	<i>fenofibrate micronized</i>	14
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	22	<i>fenofibric acid dr</i>	14
<i>escitalopram oxalate</i>	60	<i>fentanyl</i>	49
<i>eslicarbazepine acetate</i>	57	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	49
<i>esomeprazole magnesium</i>	26	<i>fesoterodine fumarate er</i>	27
<i>estarylla</i>	29	FETZIMA	60
<i>estradiol</i>	29	FETZIMA TITRATION PACK	60
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	29	FIASP	81
ESTRING	29	FIASP FLEXTOUCH	81
<i>eszopiclone</i>	21	FIASP PENFILL	81
<i>ethambutol hydrochloride</i>	61	<i>fidaxomicin</i>	54
<i>ethosuximide</i>	55	FINACEA	22
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	29	<i>finasteride</i>	26
<i>etodolac</i>	50	<i>fingolimod hydrochloride</i>	18
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	29	FINTEPLA	57
<i>etravirine</i>	74	FIRMAGON	34
EUCRISA	23	FLAREX	42
EULEXIN	63	<i>flecainide acetate</i>	14
EUTHYROX	33	<i>fluconazole</i>	62
<i>everolimus</i>	37	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	62
<i>everolimus</i>	65	<i>flucytosine</i>	62
EVOTAZ	72	<i>fludrocortisone acetate</i>	32
EVRYSDI	83	<i>flunisolide</i>	46
<i>exemestane</i>	64	<i>fluocinolone acetonide</i>	23
EXKIVITY	65	<i>fluocinolone acetonide body</i>	23
EXXUA	59	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	23
EXXUA TITRATION PACK	59	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	23
<i>ezetimibe</i>	15	<i>fluocinonide</i>	23
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15	<i>fluorometholone</i>	42
FABRAZYME	83	FLUOROURACIL	22
<i>falmina</i>	29	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	60
<i>famciclovir</i>	74	<i>fluphenazine decanoate</i>	70
<i>famotidine</i>	26	<i>fluphenazine hcl</i>	70
FANAPT	71	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	70
FANAPT TITRATION PACK A	71	<i>flurbiprofen</i>	50
FANAPT TITRATION PACK B	71	<i>flurbiprofen sodium</i>	42
FANAPT TITRATION PACK C	71	<i>fluticasone propionate</i>	23
FARXIGA	16	<i>fluticasone propionate</i>	46
FASENRA	44	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	44
FASENRA PEN	44	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	44
<i>febuxostat</i>	17	<i>fluvastatin</i>	15
<i>feirza 1.5/30</i>	29	<i>fluvastatin sodium er</i>	15

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluvoxamine maleate</i>	60	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	79
<i>fondaparinux sodium</i>	78	<i>glucagon emergency kit</i>	81
<i>formoterol fumarate</i>	47	<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	81
FORTEO	17	<i>glyburide</i>	80
<i>fosamprenavir calcium</i>	72	<i>glyburide micronized</i>	79
<i>fosfomycin tromethamine</i>	52	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	80
<i>fosinopril sodium</i>	16	<i>glycopyrrolate</i>	26
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13	GLYXAMBI	80
FOTIVDA	65	GOMEKLI	66
FRAGMIN	78	<i>griseofulvin microsize</i>	62
FRUZAQLA	65	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	62
<i>furosemide</i>	16	<i>guanfacine hydrochloride</i>	14
FUZEON	73	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	20
FYAVOLV	29	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	81
FYCOMPA	58	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	81
<i>gabapentin</i>	56	GVOKE KIT	81
<i>galantamine hydrobromide</i>	9	GVOKE PFS	81
<i>galantamine hydrobromide er</i>	9	<i>hailey 1.5/30</i>	29
<i>gallifrey</i>	32	<i>hailey fe 1.5/30</i>	29
GAMASTAN	36	<i>hailey fe 1/20</i>	29
<i>ganciclovir</i>	73	<i>halobetasol propionate</i>	23
GARDASIL 9	39	<i>haloette</i>	29
<i>gatifloxacin</i>	42	<i>haloperidol</i>	70
<i>gavilyte-c</i>	25	<i>haloperidol decanoate</i>	70
<i>gavilyte-g</i>	25	<i>haloperidol lactate</i>	70
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	25	HAVRIX	39
GAVRETO	65	<i>heather</i>	32
<i>gefitinib</i>	65	<i>heparin sodium</i>	79
GELNIQUE	27	HEPLISAV-B	39
<i>gemfibrozil</i>	15	HERNEXEOS	66
GEMTESA	27	HIBERIX	39
<i>generlac</i>	25	HIZENTRA	36
<i>engraf</i>	37	HUMALOG	81
GENOTROPIN	27	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	81
GENOTROPIN MINIQUICK	27	HUMALOG KWIKPEN	81
<i>gentamicin sulfate</i>	42	HUMALOG MIX 50/50	81
<i>gentamicin sulfate</i>	51	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	81
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	51	HUMALOG MIX 75/25	81
GENVOYA	74	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	81
GILOTRIF	66	HUMATIN	52
<i>glatiramer acetate</i>	18	HUMIRA	38
GLEOSTINE	63	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	37
<i>glimepiride</i>	79	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide</i>	79	HUMIRA PEN	38
<i>glipizide er</i>	79	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	37
<i>glipizide xl</i>	79		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	38	<i>imiquimod</i>	22
STARTER PACK		IMKELDI	66
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	38	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	39
HUMULIN 70/30	81	IMPAVIDO	52
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	81	INBRIJA	11
HUMULIN N	81	<i>incassia</i>	32
HUMULIN N KWIKPEN	81	INCRELEX	27
HUMULIN R	81	INCRUSE ELLIPTA	46
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	81	<i>indapamide</i>	16
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	81	<i>indomethacin</i>	50
<i>hydralazine hydrochloride</i>	16	<i>indomethacin er</i>	50
<i>hydrochlorothiazide</i>	16	INFANRIX	39
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	49	INFLECTRA	38
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	49	INFLIXIMAB	38
<i>hydrocortisone</i>	17	INGREZZA	20
<i>hydrocortisone</i>	23	INLURIYO	63
<i>hydrocortisone</i>	32	INLYTA	66
<i>hydrocortisone valerate</i>	23	INQOVI	66
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	49	INREBIC	64
<i>hydromorphone hcl</i>	49	INSULIN ASPART	81
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	50	INSULIN ASPART FLEXPEN	81
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	69	INSULIN ASPART PENFILL	81
<i>hydroxyurea</i>	63	<i>insulin lispro</i>	82
<i>hydroxyzine hcl</i>	45	INTELENCE	75
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	45	<i>introvale</i>	29
<i>hydroxyzine pamoate</i>	45	INVEGA HAFYERA	71
HYPERHEP B	36	INVEGA SUSTENNA	71
HYRNUO	66	INVEGA TRINZA	71
<i>ibandronate sodium</i>	17	IPOL INACTIVATED IPV	39
IBRANCE	64	<i>ipratropium bromide</i>	46
IBRANCE	66	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	44
IBTROZI	66	<i>irbesartan</i>	14
<i>ibu</i>	50	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>ibuprofen</i>	50	ISENTRESS	74
<i>icatibant acetate</i>	36	ISENTRESS HD	74
<i>iclevia</i>	29	ISONIAZID	61
ICLUSIG	66	<i>isosorbide dinitrate</i>	16
<i>icosapent ethyl</i>	15	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	13
IDHIFA	66	<i>hydrochloride</i>	
IGALMI	42	<i>isosorbide mononitrate</i>	16
ILEVRO	42	<i>isosorbide mononitrate er</i>	16
<i>imatinib mesylate</i>	66	<i>isotretinoin</i>	22
IMBRUVICA	66	<i>isradipine</i>	11
<i>imipenem/cilastatin</i>	54	ISTURISA	27
<i>imipramine hcl</i>	59	ITOVEBI	64
<i>imipramine hydrochloride</i>	59	<i>itraconazole</i>	62

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ivabradine hydrochloride</i>	13	<i>klayesta</i>	62
<i>ivermectin</i>	69	<i>klor-con</i>	77
IWILFIN	64	<i>klor-con 10</i>	77
IXIARO	39	<i>klor-con 8</i>	77
<i>jaimiess</i>	29	<i>klor-con m10</i>	77
JAKAFI	66	<i>klor-con m15</i>	77
<i>jantoven</i>	79	<i>klor-con m20</i>	77
JANUMET	80	<i>klor-con/ef</i>	77
JANUMET XR	80	KLOXXADO	43
JANUVIA	80	KOMZIFTI	64
JARDIANCE	16	KOSELUGO	66
JAYPIRCA	66	<i>kourzeq</i>	21
<i>jencycla</i>	32	KRAZATI	66
JENTADUETO	80	<i>kurvelo</i>	30
JENTADUETO XR	80	<i>labetalol hydrochloride</i>	11
<i>jinteli</i>	29	<i>lacosamide</i>	57
<i>jolessa</i>	29	<i>lactulose</i>	25
JOURNAVX	50	LAGEVRIO	75
JUBBONTI	17	<i>lamivudine</i>	75
JUBLIA	62	<i>lamivudine</i>	75
JULUCA	74	<i>lamivudine/zidovudine</i>	75
<i>junel 1.5/30</i>	29	<i>lamotrigine</i>	58
<i>junel 1/20</i>	29	<i>lamotrigine er</i>	58
<i>junel fe 1.5/30</i>	29	<i>lamotrigine odt</i>	58
<i>junel fe 1/20</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	58
JYLAMVO	38	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	58
JYNARQUE	76	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	58
JYNNEOS	39	<i>lansoprazole</i>	26
KALETRA	72	LANTUS	82
KALYDECO	44	LANTUS SOLOSTAR	82
<i>kariva</i>	30	<i>lapatinib ditosylate</i>	66
<i>kelnor 1/35</i>	30	<i>larin 1.5/30</i>	30
<i>kelnor 1/50</i>	30	<i>larin 1/20</i>	30
KERENDIA	14	<i>larin fe 1.5/30</i>	30
KESIMPTA	18	<i>larin fe 1/20</i>	30
<i>ketoconazole</i>	62	<i>latanoprost</i>	42
<i>ketorolac tromethamine</i>	42	LAZCLUZE	64
<i>ketorolac tromethamine</i>	50	<i>leflunomide</i>	38
<i>ketorolac tromethamine +rfid</i>	50	<i>lenalidomide</i>	63
KINERET	35	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	66
KINRIX	39	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	66
<i>kionex</i>	76	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	66
KISQALI	66	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	67
KISQALI FEMARA 200 DOSE	64	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	67
KISQALI FEMARA 400 DOSE	64	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	67
KISQALI FEMARA 600 DOSE	64	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	67

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	67	<i>lomustine</i>	63
<i>lessina</i>	30	LONSURF	64
<i>letrozole</i>	65	<i>loperamide hydrochloride</i>	24
<i>leucovorin calcium</i>	64	<i>lopinavir/ritonavir</i>	72
LEUKERAN	63	<i>lorazepam</i>	51
<i>leuprolide acetate</i>	34	<i>lorazepam intensol</i>	51
<i>levalbuterol</i>	47	LORBRENA	67
<i>levalbuterol hcl</i>	47	<i>losartan potassium</i>	14
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	47	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	47	LOTEMAX SM	42
<i>levetiracetam</i>	58	<i>lovastatin</i>	15
<i>levetiracetam er</i>	58	<i>low-ogestrel</i>	30
<i>levobunolol hcl</i>	40	<i>loxapine</i>	70
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	45	<i>lubiprostone</i>	25
LEVOFLOXACIN	42	<i>luizza 1.5/30</i>	30
<i>levofloxacin</i>	55	<i>luizza 1/20</i>	30
<i>levofloxacin in d5w</i>	55	LUMAKRAS	67
<i>levonest</i>	30	LUMIGAN	42
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	30	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	34
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	30	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	34
<i>levora 0.15/30-28</i>	30	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	34
LEVO-T	33	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	34
<i>levothyroxine sodium</i>	33	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	34
LEVOXYL	33	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	34
LEXIVA	72	<i>lurasidone hydrochloride</i>	71
<i>l-glutamine</i>	83	<i>lutura</i>	30
LIBERVANT	56	LYBALVI	71
<i>lidocaine</i>	51	<i>lyleq</i>	32
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	21	<i>lyllana</i>	30
<i>lidocaine viscous</i>	21	LYNPARZA	67
<i>lidocaine/prilocaine</i>	51	LYSODREN	64
LIFYORLI	67	LYTGOBI	67
LILETTA	32	LYUMJEV	82
<i>linezolid</i>	52	LYUMJEV KWIKPEN	82
LINZESS	25	<i>lyza</i>	32
<i>liomny</i>	33	<i>magnesium sulfate</i>	77
<i>liothyronine sodium</i>	33	<i>malathion</i>	24
<i>lisinopril</i>	16	<i>maraviroc</i>	73
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>marlissa</i>	30
<i>lithium</i>	42	MARPLAN	59
<i>lithium carbonate</i>	42	MATULANE	63
<i>lithium carbonate er</i>	42	<i>matzim la</i>	12
LIVMARLI	25	MAVYRET	73
LIVTENCITY	73	MAYZENT	18
<i>lojaimiess</i>	30	MAYZENT STARTER PACK	18
LOKELMA	76	<i>meclizine hcl</i>	61

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>meclizine hydrochloride</i>	61	<i>metronidazole</i>	22
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	32	<i>metronidazole</i>	52
<i>mefloquine hydrochloride</i>	69	<i>metronidazole vaginal</i>	52
<i>megestrol acetate</i>	32	<i>metirosine</i>	13
MEKINIST	67	<i>mexiletine hydrochloride</i>	14
MEKTOVI	67	<i>micafungin</i>	62
<i>meleya</i>	32	<i>microgestin 1.5/30</i>	30
<i>meloxicam</i>	50	<i>microgestin 1/20</i>	30
<i>memantine hcl titration pak</i>	9	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	30
<i>memantine hydrochloride</i>	9	<i>microgestin fe 1/20</i>	30
<i>memantine hydrochloride er</i>	9	<i>midodrine hydrochloride</i>	14
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	9	<i>mifepristone</i>	34
MENACTRA	39	<i>miglustat</i>	83
MENEST	30	<i>mili</i>	30
MENQUADFI	39	<i>mimvey</i>	30
MENVEO	39	<i>minocycline hcl</i>	55
<i>mercaptapurine</i>	63	<i>minocycline hydrochloride</i>	55
<i>meropenem</i>	54	<i>minoxidil</i>	16
<i>mesalamine</i>	17	<i>mirtazapine</i>	59
<i>mesalamine dr</i>	17	<i>mirtazapine odt</i>	59
<i>mesalamine er</i>	17	<i>misoprostol</i>	26
MESNA	64	M-M-R II	39
<i>metformin hydrochloride</i>	80	<i>modafinil</i>	21
<i>metformin hydrochloride er</i>	80	MODEYSO	64
<i>methadone hcl</i>	49	<i>moexipril hydrochloride</i>	16
<i>methadone hydrochloride</i>	49	<i>molindone hydrochloride</i>	70
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	49	<i>mometasone furoate</i>	24
<i>methazolamide</i>	41	<i>mometasone furoate</i>	46
<i>methenamine hippurate</i>	52	<i>mono-lynyah</i>	30
<i>methimazole</i>	33	<i>montelukast sodium</i>	46
<i>methocarbamol</i>	83	<i>morphine sulfate</i>	50
<i>methotrexate</i>	38	<i>morphine sulfate er</i>	49
<i>methotrexate sodium</i>	38	MOUNJARO	80
<i>methsuximide</i>	55	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	55
METHYLDOPA	14	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	42
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	55
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif)</i>	20	MRESVIA	39
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	20	MULTAQ	14
<i>methylprednisolone</i>	32	<i>mupirocin</i>	24
<i>methylprednisolone dose pack</i>	32	<i>mycophenolate mofetil</i>	38
<i>metoclopramide hcl</i>	25	<i>mycophenolic acid dr</i>	38
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	25	MYRBETRIQ	27
<i>metolazone</i>	16	<i>nabumetone</i>	50
<i>metoprolol succinate er</i>	11	<i>nadolol</i>	11
<i>metoprolol tartrate</i>	11	<i>nafcillin sodium</i>	54

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>naloxone hcl</i>	43	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naloxone hydrochloride</i>	43	<i>nitroglycerin</i>	25
<i>naltrexone hydrochloride</i>	43	<i>nitroglycerin transdermal</i>	16
<i>naproxen</i>	51	NIVA THYROID	33
<i>naproxen dr</i>	50	<i>nizatidine</i>	26
<i>naproxen sodium</i>	51	<i>nora-be</i>	32
<i>naratriptan hcl</i>	9	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	30
NATACYN	42	<i>norethindrone</i>	32
<i>nateglinide</i>	80	<i>norethindrone acetate</i>	32
NAYZILAM	58	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	30
<i>nebivolol hydrochloride</i>	11	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	30
<i>necon 0.5/35-28</i>	30	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	30
<i>nefazodone hydrochloride</i>	60	<i>norlyroc</i>	32
<i>neomycin sulfate</i>	52	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	30
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	41	<i>nortrel 1/35</i>	31
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	41	<i>nortrel 7/7/7</i>	31
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	41	<i>nortriptyline hcl</i>	59
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	41	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	59
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	41	NORVIR	72
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	49	NOVOLIN 70/30	82
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	49	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	82
<i>neo-polycin</i>	41	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	82
<i>neo-polycin hc</i>	41	NOVOLIN 70/30 RELION	82
NERLYNX	67	NOVOLIN N	82
NEULASTA	79	NOVOLIN N FLEXPEN	82
NEULASTA ONPRO KIT	79	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	82
<i>nevirapine</i>	75	NOVOLIN N RELION	82
<i>nevirapine er</i>	75	NOVOLIN R	82
NEXLETOL	15	NOVOLIN R FLEXPEN	82
NEXLIZET	15	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	82
NEXPLANON	32	NOVOLIN R RELION	82
<i>niacin er</i>	15	NOVOLOG	82
NICOTROL NS	43	NOVOLOG FLEXPEN	82
<i>nifedipine er</i>	11	NOVOLOG FLEXPEN RELION	82
NILOTINIB D-TARTRATE	67	NOVOLOG MIX 70/30	82
<i>nilotinib hydrochloride</i>	67	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	82
<i>nilutamide</i>	63	FLEXPEN	
<i>nimodipine</i>	11	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	82
NINLARO	67	FLEXPEN RELION	
<i>nitazoxanide</i>	70	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	82
<i>nitisinone</i>	83	NOVOLOG PENFILL	82
NITRO-BID	16	NOVOLOG RELION	82
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	52	<i>np thyroid 120</i>	33
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	52	<i>np thyroid 15</i>	33
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	52	<i>np thyroid 30</i>	33

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>np thyroid 60</i>	33	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	48
<i>np thyroid 90</i>	33	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	48
NUBEQA	63	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	48
NUCALA	44	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	48
NUEDEXTA	21	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	48
NUPLAZID	71	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	48
NURTEC	10	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	48
NUTRILIPID	48	<i>ondansetron hcl</i>	61
<i>nyamyc</i>	62	<i>ondansetron hydrochloride</i>	61
<i>nylia 1/35</i>	31	<i>ondansetron odt</i>	61
<i>nylia 7/7/7</i>	31	ONPATTRO	83
<i>nystatin</i>	62	ONUREG	64
<i>nystatin/triamcinolone</i>	22	OPIPZA	71
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	22	OPSUMIT	45
<i>nystop</i>	62	OPVEE	43
<i>octreotide acetate</i>	34	<i>oralone dental paste</i>	21
ODACTRA	35	ORENCIA	35
ODEFSEY	75	ORENCIA	38
ODOMZO	67	ORENCIA CLICKJECT	35
OFEV	44	ORENITRAM	45
<i>ofloxacin</i>	42	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	45
<i>ofloxacin</i>	49	1	
OGSIVEO	64	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	45
OJEMDA	64	2	
OJJAARA	67	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	45
<i>olanzapine</i>	71	3	
<i>olanzapine odt</i>	71	ORGOVYX	34
<i>olmesartan medoxomil</i>	14	ORKAMBI	44
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>orphenadrine citrate er</i>	83
<i>olopatadine hydrochloride</i>	40	<i>orquidea</i>	32
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	15	ORSERDU	63
<i>omeprazole</i>	26	<i>oseltamivir phosphate</i>	73
<i>omeprazole dr</i>	26	OSENVELT	17
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	48	OSPHENA	27
(GEN 5)		OTEZLA	22
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	48	OTEZLA	35
(GEN 5)		<i>oxacillin sodium</i>	54
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	48	<i>oxaprozin</i>	51
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	48	<i>oxcarbazepine</i>	57
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	48	<i>oxybutynin chloride</i>	27
GEN 5		<i>oxybutynin chloride er</i>	27
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	48	<i>oxycodone hydrochloride</i>	50
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	48	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	50
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	48	OZEMPIC	80
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	48	PACERONE	14
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	48	<i>paliperidone er</i>	71

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PANRETIN	69	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	54
<i>pantoprazole sodium</i>	26	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	67
<i>paricalcitol</i>	17	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	67
<i>paroxetine hcl</i>	60	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	67
<i>paroxetine hydrochloride</i>	60	<i>pirfenidone</i>	44
PAXLOVID	76	<i>piroxicam</i>	51
<i>pazopanib hydrochloride</i>	67	<i>pitavastatin calcium</i>	15
PEDIARIX	39	PLENAMINE	77
PEDVAX HIB	39	<i>podofilox</i>	22
<i>peg-3350/electrolytes</i>	25	<i>polycin</i>	41
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	25	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	41
PEGASYS	36	POMALYST	63
PEGASYS	38	<i>portia-28</i>	31
PEMAZYRE	67	<i>posaconazole</i>	62
PENBRAYA	39	<i>posaconazole dr</i>	62
<i>penicillamine</i>	76	<i>potassium chloride</i>	77
<i>penicillin g sodium</i>	54	<i>potassium chloride er</i>	77
<i>penicillin v potassium</i>	54	<i>potassium citrate er</i>	77
PENMENVY	39	PRALUENT	15
PENTACEL	39	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10
<i>pentamidine isethionate</i>	70	<i>prasugrel hydrochloride</i>	78
<i>pentoxifylline er</i>	13	<i>pravastatin sodium</i>	15
<i>perampanel</i>	58	<i>praziquantel</i>	69
<i>perindopril erbumine</i>	16	<i>prazosin hydrochloride</i>	11
<i>periogard</i>	21	<i>prednisolone</i>	32
<i>permethrin</i>	24	<i>prednisolone acetate</i>	42
<i>perphenazine</i>	70	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32
PERSERIS	71	<i>prednisone</i>	32
<i>phenelzine sulfate</i>	59	<i>pregabalin</i>	56
<i>phenobarbital</i>	56	PREHEVBRIO	39
PHENYTEK	57	PREMARIN	31
<i>phenytoin</i>	57	<i>premium lidocaine</i>	51
<i>phenytoin infatabs</i>	57	PREMPHASE	31
<i>phenytoin sodium extended</i>	57	PREMPRO	31
PHESGO	64	<i>prenatal</i>	78
<i>philitih</i>	31	<i>prevalite</i>	15
PIFELTRO	75	PREVYMIS	73
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	21	PREZCOBIX	72
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	41	PREZISTA	72
<i>pimecrolimus</i>	24	PRIFTIN	61
<i>pimozide</i>	70	<i>primaquine phosphate</i>	70
<i>pimtrea</i>	31	<i>primidone</i>	56
<i>pindolol</i>	11	PRIORIX	39
<i>pioglitazone hcl</i>	80	PRIVIGEN	36
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	80	PROAIR RESPICLICK	47
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	80	<i>probenecid</i>	17

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>probenecid/colchicine</i>	17	<i>ranolazine er</i>	13
<i>prochlorperazine</i>	61	<i>rasagiline mesylate</i>	10
<i>prochlorperazine maleate</i>	61	RAYALDEE	17
PROCRIT	79	REBIF	18
<i>procto-med hc</i>	17	REBIF REBIDOSE	18
<i>proctosol hc</i>	17	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	18
<i>proctozone-hc</i>	17	REBIF TITRATION PACK	18
<i>progesterone</i>	32	RECOMBIVAX HB	40
PROGRAF	38	RELENZA DISKHALER	73
PROLASTIN-C	83	RELISTOR	25
<i>promethazine hcl</i>	61	RENFLEXIS	38
<i>promethazine hydrochloride</i>	61	RENTHYROID	33
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	61	<i>repaglinide</i>	80
<i>promethegan</i>	61	REPATHA	15
<i>propafenone hcl</i>	14	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	15
<i>propafenone hydrochloride</i>	14	REPATHA SURECLICK	15
<i>propafenone hydrochloride er</i>	14	RESTASIS	41
<i>propranolol hcl</i>	11	RESTASIS MULTIDOSE	41
<i>propranolol hydrochloride</i>	11	RETACRIT	79
<i>propranolol hydrochloride er</i>	11	RETEVMO	68
<i>propylthiouracil</i>	33	REVCOVI	83
PROQUAD	39	REVUFORJ	64
<i>protriptyline hcl</i>	59	REXULTI	72
<i>prucalopride</i>	25	REYATAZ	72
PULMOZYME	44	REZDIFFRA	33
<i>pyrazinamide</i>	61	REZLIDHIA	68
<i>pyridostigmine bromide</i>	10	REZUROCK	38
<i>pyrimethamine</i>	70	RHOPRESSA	41
PYRUKYND	83	<i>ribavirin</i>	73
PYRUKYND TAPER PACK	83	<i>rifabutin</i>	61
QINLOCK	67	<i>rifampin</i>	61
QUADRACEL	40	<i>rilpivirine hydrochloride</i>	75
<i>quetiapine fumarate</i>	72	<i>riluzole</i>	21
<i>quetiapine fumarate er</i>	71	RINVOQ	35
<i>quinapril hydrochloride</i>	16	RINVOQ LQ	35
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>risedronate sodium</i>	17
<i>quinidine sulfate</i>	14	<i>risperidone</i>	72
<i>quinine sulfate</i>	70	<i>risperidone er</i>	72
QULIPTA	10	<i>risperidone odt</i>	72
QVAR REDIHALER	46	<i>ritonavir</i>	72
RABAVERT	40	<i>rivastigmine tartrate</i>	9
<i>rabeprazole sodium</i>	26	<i>rivastigmine transdermal system</i>	9
RALDESY	60	<i>rivelsa</i>	31
<i>raloxifene hydrochloride</i>	27	RIVFLOZA	48
<i>ramelteon</i>	21	<i>rizatriptan benzoate</i>	9
<i>ramipril</i>	16	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ROCKLATAN	41	SIRTURO	61
<i>roflumilast</i>	47	SKYCLARYS	48
ROMVIMZA	68	SKYRIZI	35
<i>ropinirole er</i>	10	SKYRIZI PEN	35
<i>ropinirole hcl</i>	10	<i>sodium chloride</i>	78
<i>ropinirole hydrochloride</i>	10	<i>sodium chloride 0.45%</i>	77
<i>rosuvastatin calcium</i>	15	<i>sodium chloride 0.9%</i>	48
<i>rosyrah</i>	31	<i>sodium oxybate</i>	21
ROTARIX	40	<i>sodium phenylbutyrate</i>	83
ROTATEQ	40	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	76
<i>roweepira</i>	58	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	25
ROZLYTREK	68	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	73
RUBRACA	68	<i>solifenacin succinate</i>	27
<i>rufinamide</i>	57	SOLQUA 100/33	80
RUKOBIA	73	SOLTAMOX	63
RYBELSUS	80	SOMAVERT	34
RYDAPT	68	<i>sorafenib</i>	68
RYTARY	11	<i>sorafenib tosylate</i>	68
<i>sacubitril/valsartan</i>	13	<i>sotalol hcl</i>	14
SANDIMMUNE	38	<i>sotalol hydrochloride</i>	14
SANTYL	22	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	83	SPEVIGO	24
SAVELLA	19	SPIRIVA RESPIMAT	46
SAVELLA TITRATION PACK	19	<i>spironolactone</i>	14
SCEMBLIX	68	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>scopolamine</i>	61	SPRAVATO 56MG DOSE	59
SECUADO	72	SPRAVATO 84MG DOSE	59
<i>selegiline hcl</i>	10	<i>sprintec 28</i>	31
<i>selenium sulfide</i>	24	SPRITAM	58
SELZENTRY	73	SPS	76
SEREVENT DISKUS	47	<i>sronyx</i>	31
<i>sertraline hcl</i>	60	<i>ssd</i>	22
<i>sertraline hydrochloride</i>	60	STAMARIL	40
<i>setlakin</i>	31	STELARA	35
SFROWASA	17	STEQEYMA	35
<i>sharobel</i>	32	STIOLTO RESPIMAT	44
SHINGRIX	40	STIVARGA	68
SIGNIFOR	34	<i>stoboclo</i>	18
<i>sildenafil citrate</i>	45	<i>streptomycin sulfate</i>	52
<i>silodosin</i>	26	STRIBILD	74
<i>silver sulfadiazine</i>	22	SUBVENITE	58
SIMBRINZA	41	<i>subvenite starter kit/blue</i>	58
<i>simliya</i>	31	<i>subvenite starter kit/green</i>	58
<i>simpesse</i>	31	<i>subvenite starter kit/orange</i>	58
<i>simvastatin</i>	15	SUCRAID	83
<i>sirolimus</i>	38		

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sucralfate</i>	26	<i>terbinafina hcl</i>	62
<i>sulfacetamide sodium</i>	42	<i>terconazole</i>	62
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	41	<i>teriparatide</i>	18
<i>sulfadiazine</i>	55	<i>testosterone</i>	28
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	55	<i>testosterone cypionate</i>	28
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	55	<i>testosterone enanthate</i>	28
<i>sulfasalazine</i>	17	<i>testosterone pump</i>	28
<i>sulindac</i>	51	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	40
<i>sumatriptan</i>	9	<i>tetrabenazine</i>	21
<i>sumatriptan succinate</i>	9	<i>tetracycline hydrochloride</i>	55
<i>sunitinib malate</i>	68	TEVIMBRA	63
SUNLENCA	73	THALOMID	63
SUTAB	25	<i>theophylline er</i>	47
SYMPAZAN	56	<i>thioridazine hydrochloride</i>	70
SYMTUZA	72	<i>thiothixene</i>	70
SYNJARDY	80	THYROID	33
SYNJARDY XR	80	<i>tiadylt er</i>	12
SYNTHROID	33	<i>tiagabine hydrochloride</i>	56
TABLOID	63	TIBSOVO	68
TABRECTA	68	<i>ticagrelor</i>	78
<i>tacrolimus</i>	24	TICOVAC	40
<i>tacrolimus</i>	38	<i>tigecycline</i>	52
<i>tadalafil</i>	26	<i>timolol maleate</i>	10
<i>tadalafil</i>	45	<i>timolol maleate</i>	40
TAFINLAR	68	<i>tinidazole</i>	52
TAGRISO	68	<i>tiotropium bromide</i>	46
TALZENNA	68	TIVICAY	74
<i>tamoxifen citrate</i>	63	TIVICAY PD	74
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	26	<i>tizanidine hcl</i>	9
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	31	<i>tizanidine hydrochloride</i>	9
TAVNEOS	35	TOBRADEX	41
<i>tazarotene</i>	22	TOBRADEX ST	41
TAZICEF	53	<i>tobramycin</i>	42
<i>taztia xt</i>	12	<i>tobramycin</i>	44
TAZVERIK	68	<i>tobramycin sulfate</i>	52
TDVAX	40	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	41
TEFLARO	53	<i>tolterodine tartrate</i>	27
<i>telmisartan</i>	14	<i>tolterodine tartrate er</i>	27
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>tolvaptan</i>	76
<i>temazepam</i>	21	<i>topiramate</i>	58
TENIVAC	40	<i>topotecan hcl</i>	64
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	75	<i>topotecan hydrochloride</i>	64
TEPMETKO	68	<i>toremifene citrate</i>	63
<i>terazosin hcl</i>	26	<i>torpenz</i>	68
<i>terazosin hydrochloride</i>	26	<i>torseamide</i>	16

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TOUJEO MAX SOLOSTAR	82	TRYNGOLZA	15
TOUJEO SOLOSTAR	82	TUKYSA	68
TRADJENTA	80	TURALIO	68
<i>tramadol hydrochloride</i>	50	<i>turqoz</i>	31
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	50	TWINRIX	40
<i>trandolapril</i>	16	TYBOST	73
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13	TYENNE	35
<i>tranexamic acid</i>	78	TYMLOS	18
<i>tranylcypromine sulfate</i>	59	TYPHIM VI	40
<i>trazodone hydrochloride</i>	60	TYRVAYA	43
TRECTOR	62	UBRELVY	10
TRELEGY ELLIPTA	44	UDENYCA	79
TRELSTAR MIXJECT	34	UDENYCA ONBODY	79
TRESIBA	82	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	48
TRESIBA FLEXTOUCH	82	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	48
<i>tretinoin</i>	22	UNITHROID	33
<i>tretinoin</i>	69	<i>urea</i>	22
<i>triamcinolone acetonide</i>	24	<i>ursodiol</i>	25
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	21	<i>ustekinumab</i>	35
<i>triamterene</i>	15	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	74
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13	VALCHLOR	63
<i>triderm</i>	24	<i>valganciclovir</i>	73
<i>trientine hydrochloride</i>	76	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	73
<i>tri-estarylla</i>	31	<i>valproic acid</i>	58
<i>trifluoperazine hcl</i>	70	<i>valsartan</i>	14
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	70	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>trifluridine</i>	42	VALTOCO 10 MG DOSE	56
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10	VALTOCO 15 MG DOSE	56
TRIJARDY XR	80	VALTOCO 20 MG DOSE	56
TRIKAFTA	45	VALTOCO 5 MG DOSE	56
<i>tri-linyah</i>	31	VALTYA 1/35	31
<i>trimethoprim</i>	52	<i>valtya 1/50</i>	31
<i>tri-mili</i>	31	<i>vancomycin hcl</i>	52
<i>trimipramine maleate</i>	59	<i>vancomycin hydrochloride</i>	52
TRINTELLIX	60	VANFLYTA	68
<i>tri-nymyo</i>	31	VAQTA	40
<i>tri-sprintec</i>	31	<i>varenicline starting month</i>	43
TRIUMEQ	75	<i>varenicline tartrate</i>	43
TRIUMEQ PD	75	VARIVAX	40
<i>trivora-28</i>	31	VAXCHORA	40
<i>tri-vylibra</i>	31	VAXELIS	40
<i>trospium chloride</i>	27	VELPHORO	76
<i>trospium chloride er</i>	27	VELTASSA	76
TRULICITY	80	VENCLEXTA	69
TRUMENBA	40	VENCLEXTA STARTING PACK	69
TRUQAP	68	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	60

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	60	VYNDAMAX	13
VENTAVIS	45	VYVGART HYTRULO	10
VEOPOZ	36	VYVGART HYTRULO	36
VEOZAH	21	VYZULTA	42
<i>verapamil hcl</i>	12	<i>warfarin sodium</i>	79
<i>verapamil hcl er</i>	12	WELIREG	83
<i>verapamil hcl sr</i>	12	<i>wera</i>	31
<i>verapamil hydrochloride</i>	12	WEZLANA	36
<i>verapamil hydrochloride er</i>	12	WINREVAIR	45
<i>verapamil hydrochloride sr</i>	12	<i>wixela inhub</i>	44
VERQUVO	16	WYOST	18
VERSACLOZ	70	XALKORI	69
VERZENIO	69	XARELTO	79
V-GO 20	48	XARELTO STARTER PACK	79
V-GO 30	48	XATMEP	38
V-GO 40	48	XCOPRI	57
<i>vienva</i>	31	XDEMVY	42
<i>vigabatrin</i>	56	XELJANZ	36
<i>vigadrone</i>	56	XELJANZ XR	36
VIGAFYDE	56	XERMELO	24
<i>vigpoder</i>	56	XIFAXAN	26
<i>vilazodone hydrochloride</i>	60	XIGDUO XR	81
VIMKUNYA	40	XIIDRA	41
<i>viorele</i>	31	XOFLUZA	73
VIRACEPT	72	XOLAIR	36
VIREAD	75	XOLREMDI	79
VISTOGARD	48	XOSPATA	69
VITRAKVI	69	XPOVIO	69
VIVITROL	43	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	69
VIVOTIF	40	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	69
VIZIMPRO	69	XTAMPZA ER	49
VOCABRIA	74	XTANDI	63
<i>volnea</i>	31	<i>xulane</i>	31
VONJO	64	<i>yargesa</i>	83
VOQUEZNA	26	YF-VAX	40
VOQUEZNA DUAL PAK	52	YONSA	63
VOQUEZNA TRIPLE PAK	53	YUPELRI	46
VORANIGO	64	<i>yuvafem</i>	31
<i>voriconazole</i>	62	<i>zafemy</i>	31
VOSEVI	74	<i>zafirlukast</i>	46
VOWST	26	<i>zaleplon</i>	21
VRAYLAR	72	ZARXIO	79
VUMERITY	18	ZEJULA	69
<i>vyfemla</i>	31	ZELBORAF	69
VYJUVEK	74	ZELVYSIA	83
<i>vylibra</i>	31	<i>zenatane</i>	22

ID de formulario: 26210, Versión: 12, Fecha efectiva: 05/01/2026

Ultima actualización: 04/01/2026

Nombre del medicamento	Página
ZENPEP	84
<i>zidovudine</i>	75
<i>ziprasidone hcl</i>	72
<i>ziprasidone mesylate</i>	72
ZIRGAN	42
ZOKINVY	49
ZOLINZA	64
<i>zolmitriptan</i>	9
<i>zolpidem tartrate</i>	21
<i>zolpidem tartrate er</i>	21
ZONISADE	57
<i>zonisamide</i>	57
<i>zovia 1/35</i>	31
ZTALMY	56
ZURZUVAE	59
ZYDELIG	69
ZYKADIA	69
ZYLET	42
ZYPREXA RELPREVV	72

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026. 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.