

2024 Prescripción Formulario de Medicamentos

2024 Lista de Medicamentos Cubiertos

POR FAVOR LEA – Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en nuestros planes:

- Western Health Advantage MyCare (HMO)
- Western Health Advantage MyCare Compass (HMO)
- Western Health Advantage MyCare 10/0 (HMO)
- Western Health Advantage MyCare 0/20/0 (HMO)

Esta lista de medicamentos está actualizada al 1 de mayo de 2024

MENSAJE IMPORTANTE ACERCA DE LO QUE USTED DEBE PAGAR POR LAS VACUNAS – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

MENSAJE IMPORTANTE ACERCA DE LO QUE USTED DEBE PAGAR POR LA INSULINA – No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Para información más reciente u otras preguntas sobre los medicamentos recetados, visite mywha.org/MyCareDrugList o llame a Western Health Advantage al 888.942.4777; 711 TTY. Abrimos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, de octubre a marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Hay servicios de traducción y asistencia disponibles.

ID de formulario: 24087, Versión: 11

Última actualización: abril 2024

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Western Health Advantage al 800.345.3189; 711 TTY, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, o visite mywha.org/MyCareDrugList.

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha sido modificado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a(s)”, esto significa Western Health Advantage. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa Western Health Advantage MyCare, Western Health Advantage MyCare Compass.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que entra en vigor el 05/01/2024. Para solicitar el formulario actualizado, comuníquese con nosotros. En la portada y la contraportada, aparecen nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos el formulario por última vez.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y, ocasionalmente, durante el año.

¿Qué es el formulario de Western Health Advantage?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Western Health Advantage en consulta con un equipo de proveedores de atención médica que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Western Health Advantage generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario. Para ello, deberá cumplirse lo siguiente: el medicamento es médicamente necesario, la receta se surte en una farmacia de la red de Western Health Advantage, y se cumple con cualquier otra regla del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas revise su evidencia de cobertura.

¿Puede modificarse el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Western Health Advantage puede agregar o eliminar medicamentos en la lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico,

podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a otro nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el/los cambio(s) específico(s) que hemos realizado.

- Si hacemos ese tipo de cambio, usted o su profesional autorizado para recetar medicamentos podrán solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento de marca. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección que aparece a continuación, titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Western Health Advantage?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y avisaremos 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 nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en el formulario, o podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o cambiarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas; podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en el formulario, o podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o cambiarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. O podemos realizar cambios basados en nuevas directrices clínicas. Si eliminamos el medicamento de nuestro formulario, [o] agregamos el requisito de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada con un medicamento, o lo cambiamos a un nivel más alto de costo compartido, tenemos que notificar a los miembros afectados por el cambio no menos de 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro solicite una renovación del medicamento, momento en que el miembro recibirá un surtido de 30 días del medicamento.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o su profesional autorizado para recetar medicamentos podrán solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo su medicamento de marca. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Western Health Advantage?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario de 2024 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura para su medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto según se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos

miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto entra en vigor el 05/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Western Health Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de que, a mitad de año, se produzcan cambios en el formulario de medicamentos que no sean de mantenimiento, se lo notificaremos a través de la explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o de la hoja de fe de erratas (errores en un texto con su corrección correspondiente) para informarle de los cambios.

¿Cómo uso el formulario?

Existen dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

- **Afecciones médicas:** El formulario comienza en la página 9. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para la cual se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una afección cardíaca se encuentran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 9. Luego, busque su medicamento bajo esa categoría.
- **Lista alfabética:** Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 69. El índice es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en el documento. En el índice encontrará tanto medicamentos de marca como genéricos. Consulte el índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Western Health Advantage cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un genérico está aprobado por la FDA como un medicamento que tiene el mismo ingrediente activo que el de marca comercial. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa:** Western Health Advantage exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación de Western Health Advantage antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es probable que Western Health Advantage no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, Western Health Advantage limita la cantidad de medicamento que Western Health Advantage cubrirá. Por ejemplo, Western Health Advantage proporciona 30 comprimidos por receta para JANUVIA®. Esto puede añadirse a un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, Western Health Advantage requiere que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica, antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B se usan para tratar su afección médica, es posible que Western Health Advantage no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, entonces Western Health Advantage cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte el formulario que comienza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestros requisitos de autorización previa y restricciones de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. En la portada y la contraportada, aparecen nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos el formulario por última vez.

Puede pedirle a Western Health Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Western Health Advantage?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿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 descubre que Western Health Advantage no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares cubiertos por Western Health Advantage. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Western Health Advantage.

- Puede solicitar a Western Health Advantage que haga una excepción y cubra su medicamento. Lea abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Western Health Advantage?

Puede solicitar a Western Health Advantage que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Son varios los tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun cuando no esté en nuestro formulario. Si esto se aprueba, dicho medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel menor del costo compartido.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel menor del costo compartido, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si esto se aprueba, reduciría el importe que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que eliminemos las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Western Health Advantage limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que eliminemos ese límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Western Health Advantage solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel inferior de costo compartido o las restricciones de utilización adicionales no fueran igual de eficaces en el tratamiento de su afección o si pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para obtener una decisión inicial de cobertura con respecto a una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de utilización, debe presentar una declaración, de su médico o el profesional autorizado para recetar medicamentos, en la que apoyen su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de apoyo del profesional autorizado para recetar medicamentos. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida), si usted o su médico consideran que su salud podría verse gravemente perjudicada si debe esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si se acepta su solicitud para acelerar el proceso, debemos tomar una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos.

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

Si usted es un miembro nuevo o activo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien es posible que esté tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, pero su capacidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, tal vez necesite una autorización previa nuestra antes de poder surtir su receta. Debe

hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o si debe solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras analiza su situación con su médico para determinar la manera correcta de proceder, es posible que cubramos su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está emitida por menos días, permitiremos varias renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Tras el primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, ni siquiera si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero si ya hace más de 90 días que usted es miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras usted procura obtener una excepción al formulario.

Cambio de nivel de atención

Para miembros que pasan de un centro de enfermería especializada a un centro de atención a largo plazo:

Suministro diario

suministro para 31 días

De un centro de enfermería especializada al hogar (minorista):

suministro para 30 días

De un centro de atención a largo plazo a otro centro de atención a largo plazo:

suministro para 31 días

Del hospital al hogar (minorista):

suministro para 30 días

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Western Health Advantage, revise su evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Western Health Advantage, comuníquese con nosotros. En la portada y la contraportada, aparecen nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos el formulario por última vez.

Si tiene alguna pregunta general 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 Western Health Advantage

El formulario que comienza en la página siguiente proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Western Health Advantage. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 69.

La primera columna del gráfico muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están con mayúscula (p. ej., JANUVIA®), y los medicamentos genéricos están con minúscula y en itálica (p. ej., *lisinopril*).

La información de la columna Requisitos/límites le indica si Western Health Advantage tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

El nombre del nivel de medicamento le permite saber la cantidad que pagará en la farmacia.

- El **nivel 1** es el nivel de costo compartido más bajo, y usted pagará su copago genérico preferido.
- En el **nivel 2**, usted pagará su copago por medicamento genérico
- En el **nivel 3**, usted pagará su copago por medicamento de marca preferido
- En el **nivel 4**, usted pagará su copago por medicamento no preferido
- El **nivel 5** es el nivel de costo compartido más alto, y usted pagará su coseguro de especialidad

Tenga en cuenta que la denominación de “de marca” y “genérico” de un medicamento pueden ser

diferentes durante las fases de brecha de cobertura y de cobertura catastrófica, según lo determine la normativa de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

A continuación, hay una lista de las abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas, en la columna “Requisitos/límites”, que le informa si hay algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

B/D	Este medicamento recetado tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B frente a la D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que deba presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar una determinación.
NDS	Suministro diario no extendido (<i>Non-Extended Day Supply</i>). Este medicamento con receta no se encuentra disponible para un suministro diario extendido.
PA	Autorización previa (<i>Prior Authorization</i>). Esto exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener aprobación antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es probable que no cubramos el medicamento.
PA NSO	Autorización previa solo para nuevos miembros o medicamentos (<i>Prior Authorization for New Starts Only</i>). La autorización previa se requiere si usted es un miembro nuevo o si nunca antes ha tomado este medicamento.
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>). Por ejemplo, para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que cubriremos.
ST	Terapia escalonada (<i>Step Therapy</i>). En algunos casos, exigimos que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para dicha afección.
ST NSO	Terapia escalonada solo para nuevos miembros o medicamentos (<i>Step Therapy for New Starts Only</i>). La terapia escalonada se requiere si usted es un miembro nuevo o si nunca antes ha tomado el medicamento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
<i>ergoloid mesylates tablet</i>	4	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	QL(30 EA por 30 días); ST
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)</i>		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>Inhibidores de la colinesterasa</i>		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating</i>	2	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	4	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution, tablet</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antiyaquecosos		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
<i>naratriptan hcl</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan solution</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate solution</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
<i>Profiláctico</i>		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	4	QL(1 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024
 Última actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC	5	QL(18 EA por 30 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimiastrénicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
GUANIDINE HCL	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER	4	PA
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
KYNMOBI	5	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</i>		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</i>		
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	2	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	2	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML	5	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</i>		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	2	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tablet</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	1	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	3	
<i>sorine</i>	2	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
LIVALO	4	ST
<i>lovastatin tablet</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium</i>	1	
<i>simvastatin tablet</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>eplerenone</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>spironolactone tablet</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>torseamide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorothiazide tablet</i>	2	
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>captopril tablet</i>	2	
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BAFIERTAM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
TYSABRI	5	PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 30mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
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, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>guanfacine er tablet extended release 24 hour 2mg</i>	3	
<i>guanfacine hydrochloride tablet extended release 24 hour 1mg, 3mg, 4mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
KEPIVANCE	5	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	
KLISYRI	5	ST
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
OTEZLA TABLET 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</i>		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnesteem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream</i>	4	
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	2	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
<i>Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito</i>		
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment, solution</i>	3	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	
BACTROBAN NASAL	4	
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
RECTIV	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXILANT	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>dexlansoprazole</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
<i>d-penaminate</i>	5	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ELMIRON	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<i>Antiespasmódicos, urinario</i>		
GELNIQUE PUMP	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	3	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
<i>Estrógenos</i>		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol gel, patch twice weekly, patch weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutra</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DEPO-PROVERA INJECTION 400MG/ML	4	QL(10 ML por 28 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>errin</i>	3	
<i>heather</i>	3	
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	
<i>jolivette</i>	3	
<i>lyleq</i>	3	
<i>lyza</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	3	
<i>norlyda</i>	3	
<i>norlyroc</i>	3	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</i>		
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	3	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
THYROLAR-1	4	
THYROLAR-1/2	4	
THYROLAR-1/4	4	
THYROLAR-2	4	
THYROLAR-3	4	
UNITHROID	3	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
LANREOTIDE ACETATE	5	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)</i>		
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
LYSODREN	5	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ADBRY	5	QL(4 ML por 28 días); PA
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
ENJAYMO	5	PA
ILARIS INJECTION 150MG/ML	5	QL(2 ML por 28 días); PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
<i>Agentes para angioedema</i>		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
<i>Inmunoestimulantes</i>		
ACTIMMUNE	5	PA NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INTRON A	5	PA NSO
PEGASYS	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	5	B/D
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	4	B/D
PANZYGA	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	5	PA
XEMBIFY	5	PA
<i>Inmunosupresores</i>		
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gengraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	4	
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
REMICADE	5	PA
RENFLIXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	5	QL(3 EA por 28 días); PA
<i>Vacunas</i>		
ABRYSVO	3	
ACTHIB INJECTION 0	3	
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX	3	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGERIX-B	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	3	B/D
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	3	
IXCHIQ	3	
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	3	
MENACTRA	3	
MENQUADFI	3	
MENVEO	3	
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENBRAYA	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	3	B/D
PRIORIX	3	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	3	B/D
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
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 hcl</i>	3	
<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</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide er</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<i>Agentes oftálmicos, otros</i>		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
COMBIGAN	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
<i>Antiinfecciosos oftálmicos</i>		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	2	
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA	5	PA
FASENRA PEN	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes para fibrosis pulmonar</i>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
<i>Agentes para fibrosis quística</i>		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO	5	PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	5	QL(84 EA por 28 días); PA
<i>Antihipertensivos pulmonares</i>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
<i>Antihistamínicos</i>		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate er</i>	4	
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA NSO
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
IGALMI	4	PA NSO
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
NUTRILIPID	2	B/D
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OXLUMO	5	PA
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak) \$0 Copay
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
VYJUVEK	5	PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS
<i>lorcet hd</i>	2	NDS
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution, tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	4	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>premium lidocaine</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, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	2	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tinidazole</i>	3	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>Betalactámico, cefalosporinas</i>		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 7.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
<i>Betalactámico, penicilinas</i>		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>naficillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
<i>Carbapenemas</i>		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	
<i>meropenem</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml</i>	4	
Quinolonas		
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclínas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de aumento de ácido γ-aminobutírico (GABA)		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<i>Agentes para los canales de sodio</i>		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine tablet chewable</i>	2	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide solution</i>	3	
<i>lacosamide tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PEGANONE TABLET 250MG	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
<i>Anticonvulsivos, otros</i>		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine titration</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	2	
<i>maprotiline hcl</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa</i>		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	2	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VIIBRYD STARTER PACK	4	QL(60 EA por 365 días)
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<i>Adyuvantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron hydrochloride injection 4mg/2ml</i>	4	
<i>ondansetron odt</i>	2	B/D
<i>Antieméticos, otros</i>		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
<i>Antimicobacterianos, otros</i>		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<i>Antituberculosos</i>		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	3	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>casposfungin acetate injection 70mg</i>	4	
<i>casposfungin acetate injection 50mg</i>	5	
<i>clotrimazole cream</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
<i>Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco</i>		
DARZALEX FASPRO	5	PA NSO
KANJINTI	5	PA NSO
LOQTORZI	5	PA NSO
RUXIENCE	5	PA NSO
TRAZIMERA	5	PA NSO
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
COLUMVI	5	PA NSO
EPKINLY	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
LONSURF	5	PA NSO
LUMAKRAS	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

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NINLARO	5	PA NSO
OGSIVEO	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
ORSERDU	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHESGO	5	PA NSO
RETEVMO	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
SYNRIBO	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TRUSELTIQ	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
<i>Antineoplásicos</i>		
OPDUALAG	5	PA NSO
<i>Complementos del tratamiento</i>		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
<i>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX	5	PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
VOTRIENT	5	PA NSO
WELIREG	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
<i>Retinoides</i>		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
<i>Antihelmínticos</i>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<i>Antiprotozoico</i>		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate, injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	4	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(8 EA por 180 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	5	
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivirico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS	5	
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
INVIRASE TABLET	5	
LEXIVA SUSPENSION	4	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET, SOLUTION	4	
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	
PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	4	
REYATAZ PACKET	5	
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT	5	
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	5	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	
SELZENTRY TABLET 75MG	5	
SUNLENCA	5	
TROGARZO	5	
TYBOST	4	
<i>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</i>		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION	5	
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
APRETUDE	5	
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABLET 10MG	4	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	
VOCABRIA	5	
<i>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)</i>		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	
INTELENCE TABLET 25MG	4	
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	4	
PIFELTRO	5	
<i>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</i>		
<i>abacavir</i>	4	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	4	
<i>stavudine capsule</i>	4	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	5	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIDEX EC CAPSULE DELAYED RELEASE 125MG	4	
VIDEX PEDIATRIC	4	
VIREAD POWDER	5	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	
<i>zidovudine</i>	3	
<i>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</i>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	4	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
<i>Aglutinantes de potasio</i>		
<i>kionex suspension</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	3	
<i>sps</i>	3	
VELTASSA	4	
<i>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</i>		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 180mg</i>	2	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	4	PA
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
<i>Quelantes de fosfato</i>		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
<i>Reemplazo de electrolitos/minerales</i>		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN II INJECTION 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	3	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	2	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	3	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Productos y modificadores sanguíneos, otros</i>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
FARXIGA	3	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide tablet 2.5mg</i>	2	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	1	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
<i>Agentes antigluccémicos</i>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA
ENDARI	5	PA
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
JAVYGTOR	5	PA
KANUMA	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
STRENSIQ	5	PA
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
VIMIZIM	5	PA
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	60
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	60
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	60
ABELCET	49
ABILIFY MAINTENA	56
<i>abiraterone acetate</i>	50
ABRYSVO	29
<i>acamprosate calcium dr</i>	33
<i>acarbose</i>	64
ACCUTANE	14
<i>acebutolol hcl</i>	4
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
<i>acetaminophen/codeine</i>	38
<i>acetazolamide</i>	5
<i>acetazolamide er</i>	30
<i>acetic acid</i>	37
<i>acetic acid 0.25%</i>	17
<i>acitretin</i>	14
ACTHIB	29
ACTIMMUNE	26
<i>acyclovir</i>	15
<i>acyclovir</i>	59
<i>acyclovir sodium</i>	59
ADACEL	29
ADBRY	25
<i>adefovir dipivoxil</i>	61
ADEMPAS	34
ADTHYZA	24
<i>afirmelle</i>	18
AIMOVIG	2
AKEEGA	51
ALA-CORT	14
<i>albendazole</i>	55
<i>albuterol sulfate</i>	36
<i>albuterol sulfate er</i>	36
<i>albuterol sulfate hfa</i>	36
<i>alclometasone dipropionate</i>	14
ALCOHOL PREP PADS	36
ALDURAZYME	67
ALECENSA	52

Nombre del medicamento	Página
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	17
ALINIA	55
<i>aliskiren</i>	5
<i>allopurinol</i>	9
<i>alosetron hydrochloride</i>	16
ALPHAGAN P	31
<i>alprazolam</i>	40
<i>altavera</i>	18
ALUNBRIG	52
<i>alyacen 1/35</i>	19
<i>alyacen 7/7/7</i>	19
<i>alyq</i>	34
<i>amabelz</i>	19
<i>amantadine hcl</i>	59
<i>ambrisentan</i>	34
<i>amethia</i>	19
<i>amethia lo</i>	19
<i>amethyst</i>	19
<i>amikacin sulfate</i>	40
<i>amiloride hcl</i>	7
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
AMINOSYN II	62
AMINOSYN-PF	62
<i>amiodarone hydrochloride</i>	6
<i>amitriptyline hcl</i>	47
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	47
<i>amlodipine besylate</i>	4
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	5
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil ammonium lactate</i>	14
<i>amnestem</i>	14
<i>amoxapine</i>	47
<i>amoxicillin</i>	42
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	42
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	42
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11
<i>amphotericin b</i>	49
<i>amphotericin b liposome</i>	49
<i>ampicillin</i>	42
<i>ampicillin sodium</i>	42

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ampicillin/sulbactam</i>	42	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	55
<i>ampicillin-sulbactam</i>	42	<i>atropine sulfate</i>	31
<i>anagrelide hydrochloride</i>	64	ATROVENT HFA	35
<i>anastrozole</i>	52	<i>aubra eq</i>	19
ANORO ELLIPTA	33	AUGMENTIN	42
<i>aprepitant</i>	48	AUGTYRO	36
APRETUDE	59	<i>aurovela 1.5/30</i>	19
APTIOM	45	<i>aurovela 1/20</i>	19
APTIVUS	58	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	19
AREXVY	29	<i>aurovela fe 1/20</i>	19
<i>arformoterol tartrate</i>	36	AUSTEDO	12
<i>aripiprazole</i>	56	AUVELITY	46
<i>aripiprazole odt</i>	56	<i>aviane</i>	19
ARISTADA	57	AVONEX	10
ARISTADA INITIO	57	AVONEX PEN	10
<i>armodafinil</i>	12	<i>ayuna</i>	19
ARMOUR THYROID	24	AYVAKIT	53
ARNUIITY ELLIPTA	35	<i>azathioprine</i>	27
ASCENIV	27	<i>azelaic acid</i>	14
<i>asenapine maleate sl</i>	57	<i>azelastine hcl</i>	30
<i>ashlyna</i>	19	<i>azelastine hcl</i>	35
ASMANEX HFA	35	<i>azelastine hydrochloride</i>	35
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	35	<i>azithromycin</i>	43
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	35	<i>aztreonam</i>	40
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	35	<i>azurette</i>	19
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	35	<i>bacitracin</i>	31
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	35	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	31
<i>aspirin/dipyridamole</i>	63	<i>baclofen</i>	2
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	63	BACTROBAN NASAL	15
ASTAGRAF XL	27	BAFIERTAM	10
<i>atazanavir</i>	58	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>atazanavir sulfate</i>	58	BALVERSA	53
<i>atenolol</i>	4	<i>balziva</i>	19
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	5	BAQSIMI ONE PACK	65
<i>atomoxetine</i>	12	BAQSIMI TWO PACK	65
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	12	BARACLUDGE	61
<i>atorvastatin calcium</i>	7	<i>bcg vaccine</i>	29
<i>atovaquone</i>	55	BD INSULIN SYRINGE	36
		SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
		B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	36
		II/0.3ML/31G X 5/16"	
		BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	37
		FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	5	CHOLBAM	67
<i>carbamazepine</i>	45	<i>cholestyramine</i>	7
<i>carbamazepine er</i>	45	<i>cholestyramine light</i>	7
<i>carbidopa</i>	3	<i>ciclodan</i>	15
<i>carbidopa/levodopa</i>	3	<i>ciclopirox</i>	15
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	3	<i>ciclopirox olamine</i>	15
<i>carglumic acid</i>	62	<i>cidofovir</i>	58
<i>carteolol hcl</i>	30	<i>cilostazol</i>	63
<i>cartia xt</i>	4	CIMDUO	60
<i>carvedilol</i>	4	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	9
<i>casprofungin acetate</i>	49	CINRYZE	26
CAYSTON	34	CIPRO	43
<i>cefaclor</i>	41	<i>ciprofloxacin</i>	38
<i>cefadroxil</i>	41	<i>ciprofloxacin</i>	43
CEFAZOLIN	41	<i>ciprofloxacin hcl</i>	43
<i>cefazolin sodium</i>	41	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	31
<i>cefdinir</i>	41	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	43
<i>cefepime</i>	41	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	43
<i>cefepime hydrochloride</i>	41	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	37
<i>cefixime</i>	41	<i>cisplatin</i>	50
<i>cefotaxime sodium</i>	41	<i>citalopram hydrobromide</i>	47
<i>cefotetan</i>	41	<i>claravis</i>	14
<i>cefoxitin sodium</i>	41	<i>clarithromycin</i>	43
<i>cefpodoxime proxetil</i>	41	<i>clarithromycin er</i>	43
<i>cefprozil</i>	42	CLENPIQ	16
<i>ceftazidime</i>	42	CLIMARA PRO	19
<i>ceftazidime/dextrose</i>	42	<i>clindacin etz pledgets</i>	40
<i>ceftriaxone sodium</i>	42	<i>clindamycin hcl</i>	40
<i>cefuroxime axetil</i>	42	<i>clindamycin hydrochloride</i>	40
<i>cefuroxime sodium</i>	42	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	40
<i>celecoxib</i>	39	<i>clindamycin phosphate</i>	15
<i>cephalexin</i>	42	<i>clindamycin phosphate</i>	41
CERDELGA	67	<i>clobazam</i>	44
<i>chateal</i>	19	<i>clobetasol propionate</i>	14
<i>chateal eq</i>	19	<i>clobetasol propionate e</i>	14
CHEMET	61	<i>clomipramine hydrochloride</i>	47
<i>chlorhexidine gluconate</i>	13	<i>clonazepam</i>	44
<i>chloroquine phosphate</i>	55	<i>clonazepam odt</i>	44
<i>chlorothiazide</i>	8	<i>clonidine</i>	6
<i>chlorpromazine hcl</i>	56	<i>clonidine hydrochloride</i>	6
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	56	<i>clopidogrel</i>	63
<i>chlorthalidone</i>	8	<i>clorazepate dipotassium</i>	40

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clotrimazole</i>	49	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	27
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13	CROHNS DISEASE/UC/HS	
CLOVIQUE	61	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	27
<i>clozapine</i>	56	PSORIASIS	
<i>clozapine odt</i>	56	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	35
COARTEM	55	CYSTAGON	67
<i>colchicine</i>	9	CYSTARAN	31
<i>colesevelam hydrochloride</i>	7	<i>dalfampridine er</i>	10
<i>colestipol hcl</i>	7	<i>danazol</i>	18
<i>colistimethate sodium</i>	41	<i>dantrolene sodium</i>	2
<i>colocort</i>	9	<i>dapsone</i>	49
COLUMVI	51	DAPTACEL	29
COMBIGAN	31	<i>daptomycin</i>	41
COMBIVENT RESPIMAT	33	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	41
COMETRIQ	53	<i>darunavir</i>	58
COMPLERA	60	DARZALEX FASPRO	51
<i>compro</i>	48	<i>dasetta 1/35</i>	19
<i>constulose</i>	16	<i>dasetta 7/7/7</i>	19
COPIKTRA	53	DAURISMO	53
CORLANOR	5	<i>daysee</i>	19
<i>cortisone acetate</i>	23	<i>deblitane</i>	22
COSENTYX	25	<i>deferasirox</i>	61
COSENTYX SENSOREADY PEN	25	DELSTRIGO	60
COSENTYX UNOREADY	25	<i>delyla</i>	19
COTELLIC	53	<i>demeclocycline hcl</i>	43
CREON	67	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	43
<i>cromolyn sodium</i>	30	DENGVAXIA	29
<i>cromolyn sodium</i>	36	DEPO-PROVERA	22
<i>cromolyn sodium</i>	67	DEPO-SUBQ PROVERA 104	22
<i>cryselle-28</i>	19	DESCOVY	60
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	37	<i>desipramine hydrochloride</i>	47
CUTAQUIG	27	<i>desmopressin acetate</i>	18
CUVITRU	27	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	19
<i>cyclafem 1/35</i>	19	<i>desonide</i>	14
<i>cyclafem 7/7/7</i>	19	<i>desoximetasone</i>	14
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	67	<i>desvenlafaxine er</i>	47
<i>cyclophosphamide</i>	50	<i>dexamethasone</i>	23
<i>cycloserine</i>	49	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	32
<i>cyclosporine</i>	27	DEXILANT	17
<i>cyclosporine</i>	31	<i>dexlansoprazole</i>	17
<i>cyclosporine modified</i>	27	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11
CYLTEZO	27	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	11
		<i>dextrose 5%</i>	62

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	62	<i>donepezil hcl</i>	2
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	62	<i>donepezil hydrochloride</i>	2
DIACOMIT	44	DOPTELET	63
<i>diazepam</i>	40	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	31
<i>diazepam intensol</i>	40	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	31
<i>diazepam rectal gel</i>	44	DOTTI	19
<i>diazoxide</i>	65	DOVATO	59
<i>diclofenac potassium</i>	39	<i>doxazosin mesylate</i>	17
<i>diclofenac sodium</i>	13	<i>doxepin hcl</i>	47
<i>diclofenac sodium</i>	32	<i>doxepin hydrochloride</i>	47
<i>diclofenac sodium</i>	39	<i>doxy 100</i>	43
<i>diclofenac sodium dr</i>	39	<i>doxycycline</i>	44
<i>diclofenac sodium er</i>	39	<i>doxycycline hyclate</i>	13
<i>dicloxacillin sodium</i>	42	<i>doxycycline hyclate</i>	43
<i>dicyclomine hcl</i>	17	<i>doxycycline monohydrate</i>	44
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	17	<i>d-penamamine</i>	17
DIFICID	43	DRIZALMA SPRINKLE	47
<i>diflunisal</i>	39	<i>dronabinol</i>	48
<i>digitek</i>	6	DROXIA	51
<i>digox</i>	6	<i>droxidopa</i>	6
<i>digoxin</i>	6	DULERA	33
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2	<i>duloxetine hydrochloride</i>	47
DILANTIN	45	DUPIXENT	25
<i>diltiazem hcl</i>	4	<i>dutasteride</i>	17
<i>diltiazem hcl cd</i>	4	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	17
<i>diltiazem hcl er</i>	4	EASY COMFORT INSULIN	37
<i>diltiazem hydrochloride</i>	5	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5	<i>ec-naproxen</i>	39
<i>dilt-xr</i>	4	<i>econazole nitrate</i>	49
<i>dimethyl fumarate</i>	10	EDARBI	6
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	10	EDARBYCLOR	5
<i>diphenhydramine hcl</i>	35	EDURANT	60
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	35	<i>efavirenz</i>	60
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	16	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	60
<i>sulfate</i>		<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	60
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	29	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	60
<i>pediatric</i>		<i>effe-k</i>	62
<i>disulfiram</i>	33	ELAPRASE	67
<i>divalproex sodium</i>	44	<i>elinest</i>	19
<i>divalproex sodium dr</i>	44	ELIQUIS	63
<i>divalproex sodium er</i>	44	ELIQUIS STARTER PACK	63
<i>dofetilide</i>	6	ELLA	37
<i>dolishale</i>	19		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ELMIRON	18	<i>ery</i>	15
<i>eluryng</i>	19	<i>erythromycin</i>	15
EMCYT	51	<i>erythromycin</i>	31
EMGALITY	3	<i>erythromycin dr</i>	43
EMPAVELI	26	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	43
EMSAM	47	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	14
<i>emtricitabine</i>	60	<i>escitalopram oxalate</i>	47
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	60	<i>esomeprazole magnesium</i>	17
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	60	<i>estarylla</i>	19
EMTRIVA	60	<i>estradiol</i>	20
<i>enalapril maleate</i>	8	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	19
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	5	ESTRING	20
ENBREL	27	<i>eszopiclone</i>	13
ENBREL MINI	27	<i>ethambutol hydrochloride</i>	49
ENBREL SURECLICK	27	<i>ethosuximide</i>	45
ENDARI	67	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	20
<i>endocet</i>	38	<i>etodolac</i>	39
ENGERIX-B	29	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	20
<i>enilloring</i>	19	<i>etravirine</i>	60
ENJAYMO	26	EUCRISA	14
<i>enoxaparin sodium</i>	63	EUTHYROX	24
<i>enpresse-28</i>	19	<i>everolimus</i>	27
<i>entacapone</i>	3	<i>everolimus</i>	53
<i>entecavir</i>	61	EVOTAZ	58
ENTRESTO	5	EVRYSDI	67
<i>enulose</i>	16	<i>exemestane</i>	52
ENVARUSUS XR	27	EXKIVITY	53
EPIDIOLEX	45	<i>ezetimibe</i>	7
<i>epinephrine</i>	5	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	7
<i>epinephrine</i>	36	FABRAZYME	67
<i>epitol</i>	45	<i>falmina</i>	20
EPKINLY	51	<i>famciclovir</i>	59
<i>eplerenone</i>	7	<i>famotidine</i>	17
<i>epoprostenol sodium</i>	34	FANAPT	57
EPRONTIA	45	FANAPT TITRATION PACK	57
<i>ergoloid mesylates</i>	2	FARXIGA	64
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	2	FARYDAK	53
ERIVEDGE	53	FASENRA	33
ERLEADA	50	FASENRA PEN	33
<i>erlotinib hydrochloride</i>	53	<i>fayosim</i>	20
<i>errin</i>	22	<i>febuxostat</i>	9
<i>ertapenem</i>	42	<i>felbamate</i>	45
<i>ertapenem sodium</i>	42	<i>felodipine er</i>	4

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>femynor</i>	20	<i>formoterol fumarate</i>	36
<i>fenofibrate</i>	7	FORTEO	9
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>fosamprenavir calcium</i>	58
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>fosinopril sodium</i>	8
<i>fentanyl</i>	38	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	38	FOTIVDA	50
FETZIMA	47	FRAGMIN	63
FETZIMA TITRATION PACK	48	FRUZAQLA	53
FINACEA	14	<i>furosemide</i>	8
<i>finasteride</i>	17	FUZEON	58
<i>finngolimod hydrochloride</i>	10	FYAVOLV	20
FINTEPLA	45	FYCOMPA	45
FIRMAGON	24	<i>gabapentin</i>	44
FLAREX	32	<i>galantamine hydrobromide</i>	2
<i>flecainide acetate</i>	6	<i>galantamine hydrobromide er</i>	2
<i>fluconazole</i>	49	GAMASTAN	27
<i>fluconazole in dextrose</i>	49	GAMMAKED	27
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	49	GAMUNEX-C	27
<i>flucytosine</i>	49	<i>ganciclovir</i>	58
<i>fludrocortisone acetate</i>	23	GARDASIL 9	29
<i>flunisolide</i>	35	<i>gatifloxacin</i>	32
<i>fluocinolone acetonide</i>	14	<i>gavilyte-c</i>	16
<i>fluocinolone acetonide body</i>	14	<i>gavilyte-g</i>	16
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14	<i>gavilyte-h</i>	16
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	16
<i>fluocinonide</i>	15	GAVRETO	51
<i>fluorometholone</i>	32	<i>gefitinib</i>	53
<i>fluorouracil</i>	13	GELNIQUE PUMP	18
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	48	<i>gemfibrozil</i>	7
<i>fluphenazine decanoate</i>	56	GEMTESA	18
<i>fluphenazine hcl</i>	56	<i>generlac</i>	16
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	56	<i>gengraf</i>	27
<i>flurbiprofen</i>	39	GENOTROPIN	18
<i>flurbiprofen sodium</i>	32	GENOTROPIN MINIQUICK	18
<i>flutamide</i>	50	<i>gentak</i>	32
<i>fluticasone propionate</i>	15	<i>gentamicin sulfate</i>	32
<i>fluticasone propionate</i>	35	<i>gentamicin sulfate</i>	40
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	33	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	40
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	33	GENVOYA	59
<i>fluvastatin</i>	7	GILOTRIF	53
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glatiramer acetate</i>	10
<i>fluvoxamine maleate</i>	48	GLEOSTINE	50
<i>fondaparinux sodium</i>	63	<i>glimepiride</i>	64

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>glipizide</i>	64	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	66
<i>glipizide er</i>	64	HUMATIN	40
<i>glipizide xl</i>	64	HUMIRA	28
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	64	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	28
GLUCAGEN HYPOKIT	65	HUMIRA PEN	28
<i>glucagon emergency kit</i>	65	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	28
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	66	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	28
<i>glyburide</i>	65	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	28
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	65	HUMULIN 70/30	66
<i>glycopyrrolate</i>	17	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	66
GLYXAMBI	65	HUMULIN N	66
<i>griseofulvin microsize</i>	49	HUMULIN N KWIKPEN	66
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	49	HUMULIN R	66
<i>guanfacine er</i>	12	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	66
<i>guanfacine hydrochloride</i>	6	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	66
<i>guanfacine hydrochloride</i>	12	<i>hydralazine hcl</i>	8
GUANIDINE HCL	3	<i>hydralazine hydrochloride</i>	8
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	66	<i>hydrochlorothiazide</i>	8
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	66	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	38
GVOKE KIT	66	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	38
GVOKE PFS	66	<i>hydrocortisone</i>	9
<i>hailey 1.5/30</i>	20	<i>hydrocortisone</i>	15
<i>hailey fe 1.5/30</i>	20	<i>hydrocortisone</i>	23
<i>hailey fe 1/20</i>	20	<i>hydrocortisone valerate</i>	15
<i>halobetasol propionate</i>	15	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	38
<i>haloette</i>	20	<i>hydromorphone hcl</i>	38
<i>haloperidol</i>	56	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	38
<i>haloperidol decanoate</i>	56	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	38
<i>haloperidol lactate</i>	56	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	55
HAVRIX	29	<i>hydroxyurea</i>	51
<i>heather</i>	22	<i>hydroxyzine hcl</i>	35
HEPAGAM B	27	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	35
<i>heparin sodium</i>	63	<i>hydroxyzine pamoate</i>	40
HEPLISAV-B	29	HYPHERHEP B	27
HIBERIX	29	<i>ibandronate sodium</i>	9
HIZENTRA	27	IBRANCE	51
HUMALOG	66	IBRANCE	53
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	66	<i>ibu</i>	39
HUMALOG KWIKPEN	66	<i>ibuprofen</i>	39
HUMALOG MIX 50/50	66	<i>icatibant acetate</i>	26
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	66	<i>iclevia</i>	20
HUMALOG MIX 75/25	66		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ICLUSIG	53	ISONIAZID	49
<i>icosapent ethyl</i>	7	<i>isosorbide dinitrate</i>	8
IDHIFA	51	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	5
IGALMI	37	<i>hydrochloride</i>	
ILARIS	26	<i>isosorbide mononitrate</i>	8
ILEVRO	32	<i>isosorbide mononitrate er</i>	8
<i>imatinib mesylate</i>	53	<i>isotretinoin</i>	14
IMBRUVICA	53	<i>isradipine</i>	4
<i>imipenem/cilastatin</i>	43	ISTURISA	25
<i>imipramine hcl</i>	47	<i>itraconazole</i>	49
<i>imipramine hydrochloride</i>	47	<i>ivermectin</i>	55
<i>imiquimod</i>	13	IWILFIN	51
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	29	IXCHIQ	29
IMPAVIDO	41	IXIARO	29
INBRIJA	3	<i>jaimiess</i>	20
<i>incassia</i>	22	JAKAFI	53
INCRELEX	18	<i>jantoven</i>	63
INCRUSE ELLIPTA	35	JANUMET	65
<i>indapamide</i>	8	JANUMET XR	65
<i>indomethacin</i>	39	JANUVIA	65
<i>indomethacin er</i>	39	JARDIANCE	65
INFANRIX	29	JAVYGTOR	67
INFLECTRA	28	JAYPIRCA	53
INFLIXIMAB	28	<i>jencycla</i>	22
INGREZZA	12	JENTADUETO	65
INLYTA	53	JENTADUETO XR	65
INQOVI	53	<i>jinteli</i>	20
INREBIC	51	<i>jolessa</i>	20
<i>insulin lispro</i>	66	<i>jolivette</i>	22
INTELENCE	60	JUBLIA	50
INTRON A	27	JULUCA	60
<i>introvale</i>	20	<i>junel 1.5/30</i>	20
INVEGA HAFYERA	57	<i>junel 1/20</i>	20
INVEGA SUSTENNA	57	<i>junel fe 1.5/30</i>	20
INVEGA TRINZA	57	<i>junel fe 1/20</i>	20
INVIRASE	58	JYLAMVO	28
IPOL INACTIVATED IPV	29	JYNNEOS	29
<i>ipratropium bromide</i>	35	KALYDECO	34
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	33	KANJINTI	51
<i>irbesartan</i>	6	KANUMA	67
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>kariva</i>	20
ISENTRESS	59	<i>kelnor 1/35</i>	20
ISENTRESS HD	59	<i>kelnor 1/50</i>	20

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
KEPIVANCE	13	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	45
KERENDIA	5	<i>lamotrigine titration</i>	45
KESIMPTA	10	LANREOTIDE ACETATE	24
<i>ketoconazole</i>	50	<i>lansoprazole</i>	17
<i>ketorolac tromethamine</i>	32	LANTUS	66
<i>ketorolac tromethamine</i>	39	LANTUS SOLOSTAR	66
<i>kimidess</i>	20	<i>lapatinib ditosylate</i>	54
KINERET	26	<i>larin 1.5/30</i>	20
KINRIX	29	<i>larin 1/20</i>	20
<i>kionex</i>	61	<i>larin fe 1.5/30</i>	20
KISQALI	54	<i>larin fe 1/20</i>	20
KISQALI FEMARA 200 DOSE	51	<i>larissia</i>	20
KISQALI FEMARA 400 DOSE	51	<i>latanoprost</i>	32
KISQALI FEMARA 600 DOSE	51	<i>leflunomide</i>	28
<i>klayesta</i>	50	<i>lenalidomide</i>	50
KLISYRI	13	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con</i>	62	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con 10</i>	62	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con 8</i>	62	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m10</i>	62	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m15</i>	62	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con m20</i>	62	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con sprinkle</i>	62	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	54
<i>klor-con/ef</i>	62	<i>lessina</i>	20
KORLYM	23	<i>letrozole</i>	52
KOSELUGO	54	<i>leucovorin calcium</i>	52
<i>kourzeq</i>	13	LEUKERAN	50
KRAZATI	51	<i>leuprolide acetate</i>	24
<i>kurvelo</i>	20	<i>levalbuterol</i>	36
KYNMOBI	3	<i>levalbuterol hcl</i>	36
KYNMOBI TITRATION KIT	3	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	36
<i>labetalol hydrochloride</i>	4	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	36
<i>lacosamide</i>	45	LEVEMIR	66
<i>lactulose</i>	16	LEVEMIR FLEXPEN	66
LAGEVRIO	37	LEVEMIR FLEXTOUCH	66
<i>lamivudine</i>	60	<i>levetiracetam</i>	46
<i>lamivudine</i>	61	<i>levetiracetam er</i>	46
<i>lamivudine/zidovudine</i>	60	<i>levobunolol hcl</i>	30
<i>lamotrigine</i>	46	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	35
<i>lamotrigine er</i>	45	<i>levofloxacin</i>	32
<i>lamotrigine odt</i>	45	<i>levofloxacin</i>	43
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	45	<i>levofloxacin in d5w</i>	43
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	45	<i>levonest</i>	20

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	20	LUMAKRAS	51
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	20	LUMIGAN	32
<i>levora 0.15/30-28</i>	20	LUMIZYME	67
LEVO-T	24	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	24
<i>levothyroxine sodium</i>	24	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	24
LEVOXYL	24	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	24
LEXIVA	58	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	24
<i>lidocaine</i>	39	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	24
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	13	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	24
<i>lidocaine viscous</i>	13	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	18
<i>lidocaine/prilocaine</i>	39	<i>lurasidone hydrochloride</i>	57
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	39	<i>lutura</i>	21
<i>lillow</i>	20	LYBALVI	57
<i>linezolid</i>	41	<i>lyleq</i>	22
LINZESS	16	<i>lyllana</i>	21
<i>liothyronine sodium</i>	24	LYNPARZA	54
<i>lisinopril</i>	8	LYSODREN	25
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	5	LYTGOBI	51
<i>lithium</i>	32	LYUMJEV	66
<i>lithium carbonate</i>	32	LYUMJEV KWIKPEN	66
<i>lithium carbonate er</i>	32	<i>lyza</i>	22
LIVALO	7	<i>magnesium sulfate</i>	62
LIVTENCITY	59	<i>malathion</i>	15
<i>lojaimiess</i>	21	<i>maprotiline hcl</i>	46
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	35	<i>maraviroc</i>	58
LONSURF	51	<i>marlissa</i>	21
<i>loperamide hcl</i>	16	MARPLAN	47
<i>lopinavir/ritonavir</i>	58	MATULANE	50
<i>lopreeza</i>	21	<i>matzim la</i>	5
LOQTORZI	51	MAVYRET	59
<i>lorazepam</i>	40	MAYZENT	10
<i>lorazepam intensol</i>	40	MAYZENT STARTER PACK	10
LORBRENA	54	<i>meclizine hcl</i>	48
<i>lorcet</i>	38	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23
<i>lorcet hd</i>	38	<i>mefloquine hcl</i>	55
<i>lorcet plus</i>	38	<i>megestrol acetate</i>	23
<i>losartan potassium</i>	6	MEKINIST	54
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	5	MEKTOVI	54
LOTEMAX SM	32	<i>meloxicam</i>	39
<i>lovastatin</i>	7	<i>memantine hcl titration pak</i>	2
<i>low-ogestrel</i>	21	<i>memantine hydrochloride</i>	2
<i>loxapine</i>	56	<i>memantine hydrochloride er</i>	2
<i>lubiprostone</i>	16	MENACTRA	29

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MENEST	21	<i>mili</i>	21
MENQUADFI	29	<i>mimvey</i>	21
MENVEO	29	<i>mimvey lo</i>	21
<i>mercaptopurine</i>	51	<i>minocycline hcl</i>	44
<i>meropenem</i>	43	<i>minocycline hydrochloride</i>	44
<i>mesalamine</i>	9	<i>minoxidil</i>	8
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>mirtazapine</i>	46
<i>mesalamine er</i>	9	<i>mirtazapine odt</i>	46
MESNEX	52	<i>misoprostol</i>	17
<i>metformin hydrochloride</i>	65	M-M-R II	29
<i>metformin hydrochloride er</i>	65	<i>modafinil</i>	12
<i>methadone hcl</i>	38	<i>moexipril hcl</i>	8
<i>methadone hydrochloride</i>	38	<i>molindone hydrochloride</i>	56
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	38	<i>mometasone furoate</i>	15
<i>methazolamide</i>	31	<i>mometasone furoate</i>	35
<i>methenamine hippurate</i>	41	<i>mondoxyne nl</i>	44
<i>methimazole</i>	25	<i>mono-linyah</i>	21
<i>methocarbamol</i>	67	<i>mononessa</i>	21
<i>methotrexate</i>	28	<i>montelukast sodium</i>	35
<i>methotrexate sodium</i>	28	<i>morgidox 1x100mg</i>	44
<i>methsuximide</i>	45	<i>morgidox 2x100mg</i>	44
<i>methyl dopa</i>	6	<i>morphine sulfate</i>	38
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	12	<i>morphine sulfate er</i>	38
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	12	MOTEGRITY	16
<i>methylprednisolone</i>	23	MOUNJARO	65
<i>methylprednisolone dose pack</i>	23	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	43
<i>metoclopramide hcl</i>	16	<i>hydrochloride</i>	
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	16	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	32
<i>metolazone</i>	8	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	43
<i>metoprolol succinate er</i>	4	MULTAQ	6
<i>metoprolol tartrate</i>	4	<i>mupirocin</i>	15
<i>metronidazole</i>	14	<i>mycophenolate mofetil</i>	28
<i>metronidazole</i>	41	<i>mycophenolic acid dr</i>	28
<i>metronidazole vaginal</i>	41	<i>myorisan</i>	14
<i>metirosine</i>	5	MYRBETRIQ	18
<i>mexiletine hcl</i>	6	NABI-HB	27
<i>microgestin 1.5/30</i>	21	<i>nabumetone</i>	39
<i>microgestin 1/20</i>	21	<i>nadolol</i>	4
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	21	<i>nafcillin sodium</i>	42
<i>microgestin fe 1/20</i>	21	NAGLAZYME	67
<i>midodrine hcl</i>	6	<i>naloxone hcl</i>	33
<i>mifepristone</i>	23	<i>naloxone hydrochloride</i>	33
<i>miglustat</i>	67	<i>naltrexone hcl</i>	33

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NAMZARIC	2	<i>nitroglycerin</i>	8
<i>naproxen</i>	39	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naproxen sodium</i>	39	<i>nitroglycerin transdermal</i>	8
<i>naratriptan hcl</i>	2	NIVA THYROID	24
NATACYN	32	<i>nizatidine</i>	17
<i>nateglinide</i>	65	<i>nora-be</i>	23
NAYZILAM	46	<i>norethindrone</i>	23
<i>nebivolol</i>	4	<i>norethindrone acetate</i>	23
<i>nebivolol hydrochloride</i>	4	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	21
<i>necon 0.5/35-28</i>	21	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	21
<i>necon 7/7/7</i>	21	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	21
<i>nefazodone hydrochloride</i>	48	<i>norlyda</i>	23
<i>neomycin sulfate</i>	40	<i>norlyroc</i>	23
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	31	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	21
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	31	<i>nortrel 1/35</i>	21
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	31	<i>nortrel 7/7/7</i>	21
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	31	<i>nortriptyline hcl</i>	47
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	31	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	47
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	38	NORVIR	58
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	38	NOVOLIN 70/30	66
<i>neo-polycin</i>	31	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	66
<i>neo-polycin hc</i>	31	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	66
NERLYNX	54	NOVOLIN 70/30 RELION	66
NEULASTA	64	NOVOLIN N	66
NEULASTA ONPRO KIT	64	NOVOLIN N FLEXPEN	66
NEUPRO	3	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	66
<i>nevirapine</i>	60	NOVOLIN N RELION	66
<i>nevirapine er</i>	60	NOVOLIN R	66
NEXLETOL	7	NOVOLIN R FLEXPEN	66
NEXLIZET	7	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	66
<i>niacin er</i>	7	NOVOLIN R RELION	67
NICOTROL NS	32	NOVOLOG	67
<i>nifedipine er</i>	4	NOVOLOG FLEXPEN	67
<i>nilutamide</i>	50	NOVOLOG FLEXPEN RELION	67
<i>nimodipine</i>	4	NOVOLOG MIX 70/30	67
NINLARO	52	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	67
<i>nitazoxanide</i>	55	FLEXPEN	
<i>nitisinone</i>	67	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	67
NITRO-BID	8	FLEXPEN RELION	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	41	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	67
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	41	NOVOLOG PENFILL	67
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	41	NOVOLOG RELION	67

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>np thyroid 120</i>	24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	37
<i>np thyroid 15</i>	24	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	37
<i>np thyroid 30</i>	24	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	37
<i>np thyroid 60</i>	24	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	37
<i>np thyroid 90</i>	24	<i>ondansetron hcl</i>	48
NUBEQA	51	<i>ondansetron hydrochloride</i>	48
NUCALA	33	<i>ondansetron odt</i>	48
NUEDEXTA	12	ONUREG	52
NUPLAZID	57	OPDUALAG	52
NURTEC	3	OPSUMIT	34
NUTRILIPID	37	<i>oralone dental paste</i>	13
<i>nyamyc</i>	50	ORENCIA	26
<i>nylia 1/35</i>	21	ORENCIA	28
<i>nylia 7/7/7</i>	21	ORENCIA CLICKJECT	26
NYMALIZE	4	ORENITRAM	34
<i>nymyo</i>	21	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	34
<i>nystatin</i>	50	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	34
<i>nystop</i>	50	2	
OCREVUS	10	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	34
<i>octreotide acetate</i>	25	3	
ODEFSEY	60	ORGOVYX	25
ODOMZO	54	ORKAMBI	34
OFEV	34	<i>orphenadrine citrate er</i>	67
<i>ofloxacin</i>	32	ORSERDU	52
<i>ofloxacin</i>	38	<i>orsythia</i>	21
OGSIVEO	52	<i>oseltamivir phosphate</i>	59
OJJAARA	54	OSMOLEX ER	3
<i>olanzapine</i>	57	OSPHERA	18
<i>olanzapine odt</i>	57	OTEZLA	13
<i>olmesartan medoxomil</i>	6	OTEZLA	26
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>oxacillin sodium</i>	42
<i>olopatadine hcl</i>	30	<i>oxaprozin</i>	39
<i>olopatadine hydrochloride</i>	30	OXBRYTA	64
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	7	<i>oxcarbazepine</i>	45
<i>omeprazole</i>	17	OXLUMO	37
<i>omeprazole dr</i>	17	<i>oxybutynin chloride</i>	18
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	37	<i>oxybutynin chloride er</i>	18
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	37	<i>oxycodone hydrochloride</i>	38
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	37	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	39
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	37	OZEMPIC	65
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	37	PACERONE	6
KIT (GEN 3)		<i>paliperidone er</i>	57

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PANRETIN	55	<i>pimozide</i>	56
<i>pantoprazole sodium</i>	17	<i>pimtrea</i>	21
PANZYGA	27	<i>pindolol</i>	4
<i>paricalcitol</i>	9	<i>pioglitazone hcl</i>	65
<i>paroex</i>	13	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	65
<i>paromomycin sulfate</i>	40	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	65
<i>paroxetine hcl</i>	48	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	42
<i>paroxetine hydrochloride</i>	48	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	54
PASER	49	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	54
PAXLOVID	37	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	54
<i>pazopanib hydrochloride</i>	54	<i>pirfenidone</i>	34
PEDIARIX	29	<i>pirmella 1/35</i>	21
PEDVAX HIB	29	<i>pirmella 7/7/7</i>	21
<i>peg 3350/electrolytes</i>	16	<i>piroxicam</i>	39
<i>peg-3350/electrolytes</i>	16	<i>pitavastatin calcium</i>	7
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	16	PLENAMINE	62
PEGANONE	45	<i>podofilox</i>	13
PEGASYS	27	<i>polycin</i>	31
<i>pegylax</i>	16	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	31
PEMAZYRE	52	POMALYST	50
PENBRAYA	30	<i>portia-28</i>	21
<i>penicillamine</i>	18	<i>posaconazole</i>	50
<i>penicillin g sodium</i>	42	<i>posaconazole dr</i>	50
<i>penicillin v potassium</i>	42	<i>potassium chloride</i>	63
PENTACEL	30	<i>potassium chloride er</i>	62
<i>pentamidine isethionate</i>	55	<i>potassium chloride sr</i>	63
<i>pentoxifylline er</i>	5	<i>potassium citrate er</i>	63
<i>perindopril erbumine</i>	8	PRALUENT	7
<i>permethrin</i>	15	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	3
<i>perphenazine</i>	56	<i>prasugrel</i>	63
PERSERIS	57	<i>pravastatin sodium</i>	7
<i>phenadoz</i>	48	<i>praziquantel</i>	55
<i>phenelzine sulfate</i>	47	<i>prazosin hydrochloride</i>	4
<i>phenobarbital</i>	44	<i>prednisolone</i>	23
PHENYTEK	45	<i>prednisolone acetate</i>	32
<i>phenytoin</i>	45	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	23
<i>phenytoin infatabs</i>	45	<i>prednisone</i>	23
<i>phenytoin sodium extended</i>	45	<i>pregabalin</i>	11
PHESGO	52	PREHEVBRIO	30
<i>philith</i>	21	PREMARIN	21
PIFELTRO	60	<i>premium lidocaine</i>	40
<i>pilocarpine hcl</i>	31	PREMPHASE	21
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13	PREMPRO	21

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>prenatal</i>	63	<i>pyridostigmine bromide</i>	3
<i>prevalite</i>	7	<i>pyrimethamine</i>	56
<i>previfem</i>	22	PYRUKYND	64
PREVYMIS	59	PYRUKYND TAPER PACK	64
PREZCOBIX	58	QINLOCK	50
PREZISTA	58	QUADRACEL	30
PRIFTIN	49	<i>quetiapine fumarate</i>	57
<i>primaquine phosphate</i>	55	<i>quetiapine fumarate er</i>	57
<i>primidone</i>	44	<i>quinapril hydrochloride</i>	8
PRIORIX	30	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	5
PRIVIGEN	27	<i>quinidine sulfate</i>	6
PROAIR RESPICLICK	36	<i>quinine sulfate</i>	56
<i>probenecid</i>	9	QULIPTA	3
<i>probenecid/colchicine</i>	9	RABAVERT	30
<i>prochlorperazine</i>	48	<i>rabeprazole sodium</i>	17
<i>prochlorperazine edisylate</i>	48	<i>raloxifene hydrochloride</i>	18
<i>prochlorperazine maleate</i>	48	<i>ramelteon</i>	13
PROCRIT	64	<i>ramipril</i>	8
<i>procto-med hc</i>	9	<i>ranolazine er</i>	5
<i>proctosol hc</i>	9	<i>rasagiline mesylate</i>	3
<i>proctozone-hc</i>	9	RAYALDEE	9
<i>progesterone</i>	23	REBETOL	59
PROGRAF	28	REBIF	10
PROLASTIN-C	67	REBIF REBIDOSE	10
PROLENSA	32	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10
PROLIA	9	REBIF TITRATION PACK	10
PROMACTA	64	RECOMBIVAX HB	30
<i>promethazine hcl</i>	49	RECTIV	16
<i>promethazine hydrochloride</i>	49	RELENZA DISKHALER	59
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	49	RELISTOR	16
<i>promethegan</i>	49	REMICADE	28
<i>propafenone hcl</i>	6	RENFLEXIS	28
<i>propafenone hydrochloride er</i>	6	<i>repaglinide</i>	65
<i>propranolol hcl</i>	4	REPATHA	7
<i>propranolol hcl er</i>	4	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	7
<i>propranolol hydrochloride</i>	4	REPATHA SURECLICK	7
<i>propranolol hydrochloride er</i>	4	RESTASIS	31
<i>propylthiouracil</i>	25	RESTASIS MULTIDOSE	31
PROQUAD	30	RETACRIT	64
<i>protriptyline hcl</i>	47	RETEVMO	52
PULMOZYME	34	RETROVIR IV INFUSION	60
PURIXAN	51	REVCOVI	68
<i>pyrazinamide</i>	49	REVLIMID	50

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
REXULTI	57	SANDIMMUNE	29
REYATAZ	58	SANTYL	13
REZLIDHIA	54	SAPHNELO	26
REZUROCK	28	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	68
RHOPRESSA	31	SAVELLA	11
<i>ribavirin</i>	59	SAVELLA TITRATION PACK	11
<i>rifabutin</i>	49	SCEMBLIX	52
<i>rifampin</i>	49	<i>scopolamine</i>	49
<i>riluzole</i>	12	SECUADO	58
RINVOQ	26	<i>selegiline hcl</i>	3
<i>risedronate sodium</i>	9	<i>selenium sulfide</i>	15
<i>risedronate sodium dr</i>	9	SELZENTRY	58
RISPERDAL CONSTA	57	SEREVENT DISKUS	36
<i>risperidone</i>	57	<i>sertraline hcl</i>	48
<i>risperidone er</i>	57	<i>sertraline hydrochloride</i>	48
<i>risperidone odt</i>	57	<i>setlakin</i>	22
<i>ritonavir</i>	58	<i>sevelamer carbonate</i>	61
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	SFROWASA	9
<i>rivastigmine transdermal system</i>	2	<i>sharobel</i>	23
<i>rivelsa</i>	22	SHINGRIX	30
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	SIGNIFOR	25
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	SIGNIFOR LAR	25
ROCKLATAN	31	<i>sildenafil citrate</i>	34
<i>roflumilast</i>	36	<i>silodosin</i>	17
ROLVEDON	64	<i>silver sulfadiazine</i>	13
<i>ropinirole er</i>	3	SIMBRINZA	31
<i>ropinirole hcl</i>	3	<i>simliya</i>	22
<i>ropinirole hydrochloride</i>	3	<i>simpesse</i>	22
<i>rosadan</i>	14	<i>simvastatin</i>	7
<i>rosuvastatin calcium</i>	7	<i>sirolimus</i>	29
ROTARIX	30	SIRTURO	49
ROTATEQ	30	SKYCLARYS	37
<i>roweepra</i>	46	SKYRIZI	26
<i>roweepra xr</i>	46	SKYRIZI PEN	26
ROZLYTREK	54	<i>sodium chloride</i>	63
RUBRACA	54	<i>sodium chloride 0.45%</i>	63
<i>rufinamide</i>	45	<i>sodium chloride 0.9%</i>	37
RUKOBIA	58	<i>sodium oxybate</i>	13
RUXIENCE	51	<i>sodium phenylbutyrate</i>	68
RYBELSUS	65	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	61
RYDAPT	54	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	16
RYTARY	3		
<i>sajazir</i>	26	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	59

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>solifenacin succinate</i>	18	<i>sulfasalazine</i>	9
SOLQUA 100/33	65	<i>sulindac</i>	39
SOLTAMOX	51	<i>sumatriptan</i>	2
SOMATULINE DEPOT	25	<i>sumatriptan succinate</i>	2
SOMAVERT	25	<i>sunitinib malate</i>	54
<i>sorafenib</i>	54	SUNLENCA	58
<i>sorafenib tosylate</i>	54	SUTAB	16
<i>sorine</i>	6	SYMPAZAN	44
<i>sotalol hcl</i>	7	SYMTUZA	58
<i>sotalol hydrochloride</i>	7	SYNAGIS	27
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7	SYNJARDY	65
SPIRIVA HANDIHALER	35	SYNJARDY XR	65
SPIRIVA RESPIMAT	35	SYNRIBO	52
<i>spironolactone</i>	8	SYNTHROID	24
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6	TABLOID	51
SPRAVATO 56MG DOSE	46	TABRECTA	50
SPRAVATO 84MG DOSE	46	<i>tacrolimus</i>	15
<i>sprintec 28</i>	22	<i>tacrolimus</i>	29
SPRITAM	46	<i>tadalafil</i>	17
SPRYCEL	54	<i>tadalafil</i>	34
<i>sps</i>	61	TAFINLAR	54
<i>sronyx</i>	22	TAGRISSE	54
<i>ssd</i>	13	TALZENNA	54
STAMARIL	30	<i>tamoxifen citrate</i>	51
<i>stavudine</i>	60	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	17
STELARA	26	<i>tarina fe 1/20</i>	22
STIOLTO RESPIMAT	34	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22
STIVARGA	54	TASIGNA	54
STRENSIQ	68	<i>tazarotene</i>	14
<i>streptomycin sulfate</i>	40	TAZICEF	42
STRIBILD	60	<i>taztia xt</i>	5
<i>subvenite</i>	46	TAZVERIK	52
<i>subvenite starter kit/blue</i>	46	TDVAX	30
<i>subvenite starter kit/green</i>	46	TEFLARO	42
<i>subvenite starter kit/orange</i>	46	TEGSEDI	68
SUCRAID	68	<i>telmisartan</i>	6
<i>sucrafate</i>	17	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulfacetamide sodium</i>	32	<i>temazepam</i>	13
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	31	TEMIXYS	61
<i>phosphate</i>		TENIVAC	30
<i>sulfadiazine</i>	43	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	61
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	43	TEPMETKO	54
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	43	<i>terazosin hcl</i>	4

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>terazosin hydrochloride</i>	4	<i>topiramate</i>	46
<i>terbinafine hcl</i>	50	<i>toremifene citrate</i>	51
<i>terconazole</i>	50	<i>torse mide</i>	8
<i>teriparatide</i>	9	TOUJEO MAX SOLOSTAR	67
<i>testosterone</i>	18	TOUJEO SOLOSTAR	67
<i>testosterone cypionate</i>	18	TRADJENTA	65
<i>testosterone enanthate</i>	18	<i>tramadol hydrochloride</i>	39
<i>testosterone pump</i>	18	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	39
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	30	<i>trandolapril</i>	8
<i>tetrabenazine</i>	12	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6
<i>tetracycline hydrochloride</i>	44	<i>tranexamic acid</i>	63
THALOMID	50	<i>tranylcypramine sulfate</i>	47
<i>theophylline er</i>	36	TRAZIMERA	51
<i>thioridazine hcl</i>	56	<i>trazodone hydrochloride</i>	48
<i>thiothixene</i>	56	TRECATOR	49
THYROID	24	TRELEGY ELLIPTA	34
THYROLAR-1	24	TRELSTAR MIXJECT	25
THYROLAR-1/2	24	TRESIBA	67
THYROLAR-1/4	24	TRESIBA FLEXTOUCH	67
THYROLAR-2	24	<i>tretinoin</i>	14
THYROLAR-3	24	<i>tretinoin</i>	55
<i>tiadylt er</i>	5	<i>tri femynor</i>	22
<i>tiagabine hydrochloride</i>	44	<i>triamcinolone acetamide</i>	15
TIBSOVO	54	<i>triamcinolone acetamide</i>	23
TICOVAC	30	<i>triamcinolone acetamide dental paste</i>	13
<i>timolol maleate</i>	30	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>tinidazole</i>	41	<i>triderm</i>	15
<i>tiotropium bromide</i>	35	<i>trientine hydrochloride</i>	61
TIVICAY	60	<i>tri-estarylla</i>	22
TIVICAY PD	60	<i>trifluoperazine hcl</i>	56
<i>tizanidine hcl</i>	2	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	56
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	<i>trifluridine</i>	32
TOBI PODHALER	34	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	3
TOBRADEX	31	TRIJDY XR	65
TOBRADEX ST	31	TRIKAFTA	34
<i>tobramycin</i>	32	<i>tri-linyah</i>	22
<i>tobramycin</i>	34	<i>trilyte</i>	16
<i>tobramycin sulfate</i>	40	<i>trimethoprim</i>	41
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	31	<i>tri-mili</i>	22
<i>tolazamide</i>	65	<i>trimipramine maleate</i>	47
<i>tolterodine tartrate</i>	18	<i>trinessa</i>	22
<i>tolterodine tartrate er</i>	18	TRINTELLIX	48
		<i>tri-nymyo</i>	22

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tri-previfem</i>	22	VALTOCO 5 MG DOSE	44
TRIPTODUR	25	<i>vancomycin hcl</i>	41
<i>tri-sprintec</i>	22	<i>vancomycin hydrochloride</i>	41
TRIUMEQ	61	VANFLYTA	55
TRIUMEQ PD	61	VAQTA	30
<i>trivora-28</i>	22	<i>varenicline starting month box</i>	32
<i>tri-vylibra</i>	22	<i>varenicline tartrate</i>	33
TRIZIVIR	61	VARIVAX	30
TROGARZO	58	VARIZIG	27
<i>tropium chloride</i>	18	VAXELIS	30
<i>tropium chloride er</i>	18	VELPHORO	61
TRULICITY	65	VELTASSA	61
TRUMENBA	30	VENCLEXTA	55
TRUQAP	54	VENCLEXTA STARTING PACK	55
TRUSELTIQ	52	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	48
TUKYSA	52	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	48
<i>tulana</i>	23	VENTAVIS	34
TURALIO	55	VEOPOZ	26
<i>turqoz</i>	22	<i>verapamil hcl</i>	5
TWINRIX	30	<i>verapamil hcl er</i>	5
TYBOST	58	<i>verapamil hcl sr</i>	5
TYMLOS	9	<i>verapamil hydrochloride</i>	5
TYPHIM VI	30	<i>verapamil hydrochloride er</i>	5
TYRVAYA	37	VERQUVO	8
TYSABRI	10	VERSACLOZ	56
UBRELVY	3	VERZENIO	55
UDENYCA	64	V-GO 20	37
UDENYCA ONBODY	64	V-GO 30	37
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	37	V-GO 40	37
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	37	<i>vicodin hp</i>	39
UNITHROID	24	VIDEX EC	61
<i>urea</i>	13	VIDEX PEDIATRIC	61
<i>ursodiol</i>	16	<i>vienna</i>	22
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	59	<i>vigabatrin</i>	44
VALCHLOR	50	<i>vigadrone</i>	44
<i>valganciclovir</i>	59	<i>vigpoder</i>	44
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	59	VIIBRYD STARTER PACK	48
<i>valproic acid</i>	32	<i>vilazodone hydrochloride</i>	48
<i>valsartan</i>	6	VIMIZIM	68
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>viorele</i>	22
VALTOCO 10 MG DOSE	44	VIRACEPT	58
VALTOCO 15 MG DOSE	44	VIREAD	61
VALTOCO 20 MG DOSE	44	VISTOGARD	37

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VITRAKVI	55	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	52
VIVITROL	33	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	52
VIZIMPRO	55	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	52
VOCABRIA	60	XTAMPZA ER	38
<i>volnea</i>	22	XTANDI	51
VONJO	52	<i>yargesa</i>	68
<i>voriconazole</i>	50	YF-VAX	30
VOSEVI	59	YUFLYMA 1-PEN KIT	29
VOTRIENT	55	YUFLYMA 2-PEN KIT	29
VOWST	17	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	29
VRAYLAR	58	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	29
VUMERITY	10	YUPELRI	35
<i>vyfemla</i>	22	<i>yuvafem</i>	22
VYJUVEK	37	<i>zafirlukast</i>	35
<i>vylibra</i>	22	<i>zaleplon</i>	13
VYNDAMAX	6	ZARXIO	64
VYVGART HYTRULO	26	ZEJULA	55
VYZULTA	32	ZELBORAF	55
<i>warfarin sodium</i>	63	<i>zenatane</i>	14
WELIREG	55	ZENPEP	68
<i>vera</i>	22	ZEPOSIA	10
<i>wixela inhub</i>	34	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11
XALKORI	55	ZEPOSIA STARTER KIT	11
XARELTO	64	<i>zidovudine</i>	61
XARELTO STARTER PACK	64	<i>ziprasidone hcl</i>	58
XATMEP	29	<i>ziprasidone mesylate</i>	58
XCOPRI	46	ZIRGAN	32
XELJANZ	26	ZOKINVY	68
XELJANZ XR	26	ZOLINZA	52
XEMBIFY	27	<i>zolmitriptan</i>	2
XERMELO	16	<i>zolpidem tartrate</i>	13
XGEVA	9	<i>zolpidem tartrate er</i>	13
XIFAXAN	17	ZONISADE	45
XIGDUO XR	65	<i>zonisamide</i>	45
XIIDRA	31	<i>zovia 1/35</i>	22
XOFLUZA	59	<i>zovia 1/35e</i>	22
XOLAIR	26	ZTALMY	12
XOSPATA	55	ZURZUVAE	46
XPOVIO	52	ZYDELIG	55
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	52	ZYKADIA	55
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	52	ZYLET	31
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	52	ZYPREXA RELPREVV	58
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	52		

ID de formulario: 24087, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Aviso de no Discriminación

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.942.4777, TTY 711.

Si cree que Western Health Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja por correo, teléfono o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Correo: Western Health Advantage, Attn: Appeals and Grievances
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, California 95833

Teléfono: 888.942.4777, TTY 711

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW,
Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Teléfono: 800.368.1019, 800.537.7697 TDD

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Western Health Advantage es un plan HMO un contrato Medicare. La inscripción en el plan de salud depende de la renovación del contrato.

Notice of Language Assistance



We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1.888.942.4777 (TTY 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

SPANISH

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1.888.942.4777 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

CHINESE MANDARIN

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1.888.942.4777 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

CHINESE CANTONESE

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1.888.942.4777 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

TAGALOG

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1.888.942.4777 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

FRENCH

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1.888.942.4777 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

VIETNAMESE

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1.888.942.4777 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

GERMAN

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1.888.942.4777 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Western Health Advantage is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in the health plan depends on contract renewal.

Form Approved OMB# 0938-1421

KOREAN

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1.888.942.4777 (TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

RUSSIAN

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1.888.942.4777 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

ARABIC

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى بمساعدتك. هذه خدمة مجانية الاتصال بنا على 1.888.942.4777 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية

HINDI

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1.888.942.4777 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

ITALIAN

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1.888.942.4777 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

PORTUGUÉS

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1.888.942.4777 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

FRENCH CREOLE

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1.888.942.4777 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

POLISH

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1.888.942.4777 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

JAPANESE

当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1.888.942.4777 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Comuníquese con su equipo dedicado de servicios para miembros

888.942.4777 gratis; 711 TTY
medicare.westernhealth.com

Esta lista de medicamentos está actualizada al 1 de mayo de 2024

Para información más reciente u otras preguntas sobre los medicamentos recetados, visite mywha.org/MyCareDrugList o llame a Western Health Advantage al 888.942.4777; 711 TTY. Abrimos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, de octubre a marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a Viernes, de abril a septiembre. Hay servicios de traducción y asistencia disponibles.

Western Health Advantage es un plan HMO con un contrato Medicare. La inscripción en el plan de salud depende de la renovación del contrato.