



Senior Care Plus

Lista de medicamentos 2024

(Lista de medicinas cubiertas)

LEER LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDICINAS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de presentación del archivo de la lista de medicamentos aprobado por el Sistema de Gestión de Plan de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 24083 Versión número: 14

Esta lista de medicamentos se actualizó el 07/01/2024. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar www.SeniorCarePlus.com.

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

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services are available to you, free of charge. Call 775-982-3112 or toll-free at 888-775-7003 (TTY users should call the State Relay Service at 711). (We are not open 7 days a week all year round) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.

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

Nota para los asegurados existentes: Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene las medicinas que toma.

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

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

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health

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

Este documento incluye una lista de medicinas (la lista) para nuestro plan que entró en vigencia el 08/01/2024. Para obtener la lista de medicamentos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Generalmente, debe utilizar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?

La lista de medicamentos es una lista con medicinas cubiertas seleccionadas por Senior Care Plus en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, Senior Care Plus cubrirá las medicinas incluidas en nuestra lista, siempre y cuando la medicina se considere médicamente necesaria, la receta se surta en una farmacia de la red de Senior Care Plus y se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar la Lista de medicamentos (lista de medicinas)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicinas ocurre el 1.º de enero, pero Senior Care Plus podría agregar o quitar medicinas de la Lista de medicinas durante el año, cambiarlas a niveles de costos compartidos diferentes, o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicinas genéricas nuevas.** Podremos quitar una medicina de marca inmediatamente de nuestra Lista de medicinas si la reemplazamos con una medicina genérica nueva que estará en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno inferior, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al momento de agregar el medicamento genérico nuevo, podremos decidir mantener al medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Si en la actualidad está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos ese cambio, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos el medicamento de nuestra lista de inmediato y le enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los asegurados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico nuevo para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en la lista de medicamentos o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente. O podemos hacer cambios según las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicinas de nuestra lista, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a una medicina, o si pasamos una medicina a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar el cambio a los asegurados afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o bien, en el momento en que el asegurado solicite que le surtan la medicina, en cuyo caso el asegurado recibirá un suministro de 30 días de la medicina.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?”.

Cambios que no lo afectarán si en la actualidad está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando una medicina que está en nuestra lista de medicamentos de 2024 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de la medicina durante el año de cobertura 2024, salvo por lo descrito anteriormente. Esto significa que estas medicinas seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos asegurados que las estén tomando, durante lo que reste del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, dichos cambios lo afectarían y es importante que consulte la Lista de medicinas del año de beneficios nuevo para ver los cambios en las medicinas.

La lista de medicamentos adjunta entra en vigencia el 08/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Senior Care Plus, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos?

Existen dos maneras de buscar su medicamento en la lista:

Afección médica

La lista comienza en la página 9. Los medicamentos de esta lista se agrupan en categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se mencionan en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicina, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 9. Luego busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Lista alfabética

Si no está seguro de la categoría a la que pertenece su medicina, debe buscarla en el Índice que comienza en la página 76. En el Índice se proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están incluidos en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede

encontrar la información de cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Senior Care Plus cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, las medicinas genéricas son menos costosas que las de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

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

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

Puede solicitarle a Senior Care Plus que realice una excepción a estas restricciones o límites o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son las medicinas de venta sin receta?

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

¿Qué sucede si mi medicina no está en la lista de medicamentos?

Si su medicina no está incluida en esta lista de medicamentos (lista de medicinas cubiertas), debe comunicarse primero con Servicios a los afiliados y preguntar si su medicina está cubierta.

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

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

¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Senior Care Plus?

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

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

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

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

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

Como miembro nuevo o que continúa con la cobertura de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no se encuentren en nuestra lista. O bien, quizás esté tomando un medicamento que se encuentra en nuestra lista, pero sus posibilidades de obtenerlo son limitadas. Por ejemplo, quizás necesite una autorización previa nuestra antes de poder surtir su receta. Debe consultar a su médico para decidir si debería cambiar el medicamento por uno



A Medicare Advantage Plan from Hometown Health

adecuado que cubramos o si debería solicitar una excepción a la lista para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar la forma de proceder correcta para usted, es posible que, en ciertos casos, cubramos su medicamento durante los primeros 90 días a partir de la fecha en que se convierte en asegurado de nuestro plan.

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

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista o si sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, pero ya transcurrieron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la lista.

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

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

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

Obtenga más información a través de los siguientes canales

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

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

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

Lista de medicamentos de Senior Care Plus

La lista que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre las medicinas cubiertas por Senior Care Plus. Si tiene dificultades para encontrar su medicina en la lista, diríjase al Índice, que comienza en la página 76.

En la primera columna del cuadro se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (p. ej., CRESTOR) y los medicamentos genéricos aparecen en letra minúscula cursiva (p. ej., *rosuvastatina*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Senior Care Plus tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

GUÍA DE NOTAS

El símbolo **B/D**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que la medicina pertenece a la Parte D frente a la Parte B solo con autorización previa.

El símbolo **PA**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que requiera autorización previa (Prior Authorization, PA).

El símbolo **QL**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que haya un límite en las cantidades suministradas (Quantity Limit, QL).

El símbolo **ST**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que requiera terapia escalonada (Step Therapy, ST).

El símbolo **NDS**, que aparece junto al nombre de la medicina, indica que es posible que se aplique un suministro de días no extendido (Non-Extended Day Supply, NDS)

Le notificaremos cuando haya un medicamento genérico disponible para todo el año para determinados medicamentos de marca. Ciertos medicamentos recetados relacionados con terapia de infusión en casa que generalmente están cubiertos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por nuestro beneficio médico en su lugar.

Llame a Servicio al Cliente al 888-775-7003 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar www.SeniorCarePlus.com.

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health

TIPO DE PLAN	Nivel					
	1	2	3	4	5	6
	Genéricos preferidos	Genéricos no preferidos	De marca preferida	Droga no preferida	Especialidad	Medicinas de atención médica seleccionados
Essential (HMO)-012	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
Complete (HMO)-019	\$2	\$8	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
Renown Preferred (HMO)-023	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
Select (HMO)-018	\$0	\$0	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	\$100	Coseguro del 33 %	\$0
Extensive Duals (HMO D-SNP)-024	\$0	\$0	\$0	\$0	Coseguro del 33 %	\$0

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidecencia		
<i>Agentes antidecencia, 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-aspártico (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
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

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<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	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML	5	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadytl 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>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6	
ENTRESTO TABLET	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	6	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	6	
<i>losartan potassium tablet</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	6	
<i>telmisartan</i>	6	
<i>valsartan tablet</i>	6	
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	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	6	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
LIVALO	4	ST
<i>lovastatin tablet</i>	6	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	6	
<i>simvastatin tablet</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	6	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>toremide 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>	6	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	6	
<i>captopril tablet</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet</i>	6	
<i>fosinopril sodium</i>	6	
<i>lisinopril tablet</i>	6	
<i>moexipril hcl</i>	6	
<i>perindopril erbumine</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	
<i>ramipril</i>	6	
<i>trandolapril</i>	6	
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		
<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		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
Aminosalicilatos		
<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	
Glucocorticoides		
<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		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium 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
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
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

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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
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)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 de fibromialgia		
<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)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</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)
<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)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>guanfacine hydrochloride er</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 0; 80MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 0; 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA
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
<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)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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 acetanide 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	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>amneesteem</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	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
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	
<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	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alose tron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alose tron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</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
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
<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	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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-penamine</i>	5	
ELMIRON	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
Antiespasmódicos, urinario		
GELNIQUE PUMP	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	3	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
Estrógenos		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

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

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutera</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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>pimtreea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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>emzahh</i>	3	
<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	
<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
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>nora-be</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA
LANREOTIDE ACETATE INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	5	PA
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>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
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT	5	PA
SOMAVERT	5	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA
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 INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(6 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
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

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
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
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA
INTRON A	5	PA
PEGASYS	5	PA
Inmunoglobulinas		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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 STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	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/0.4ML, 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
<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

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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
Vacunas		
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	
PENBRAYA	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	3	B/D
PRIORIX	3	
PROQUAD	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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	
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	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<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	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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)
<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	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
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 PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>pirfenidone</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
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
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<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
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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)
QVAR REDHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
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
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)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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)
<i>Estabilizadores de mastocitos</i>		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
<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
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 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
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	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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 tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 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: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<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		
Aminoglicósidos		
<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	
Antibacterianos, otros		
<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	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 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	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 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	
<i>cefprozil</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
Betalactámico, penicilinas		
<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>naftacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 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 y-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
<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)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>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
<i>vigadrone</i>	5	PA
<i>vigpoder</i>	5	PA
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>methsuximide</i>	4	
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine 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
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA
EPIDIOLEX	5	PA
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA
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	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA; (100mg-150mg)
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST
<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
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST
MARPLAN	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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/SNRI (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
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<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 tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<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	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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
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)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	5	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA
Agentes antiangiogénicos		
FOTIVDA	5	PA
<i>lenalidomide</i>	5	PA
POMALYST	5	PA
QINLOCK	5	PA
REVLIMID	5	PA
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA
THALOMID	5	PA
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA
XTANDI	5	PA
Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco		
DARZALEX FASPRO	5	PA
KANJINTI	5	PA
LOQTORZI	5	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
RUXIENCE	5	PA
TRAZIMERA	5	PA
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA
BESREMI	5	PA
COLUMVI	5	PA
EPKINLY	5	PA
GAVRETO	5	PA
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INREBIC	5	PA
IWILFIN	5	PA
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA
KRAZATI	5	PA
LONSURF	5	PA
LUMAKRAS	5	PA
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 20 MG DAILY DOSE
NINLARO	5	PA
OGSIVEO	5	PA
ONUREG	5	PA
ORSERDU	5	PA
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
PHESGO	5	PA
RETEVMO	5	PA
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SYNRIBO	5	
TAZVERIK	5	PA
TRUSELTIQ	5	PA
TUKYSA	5	PA
VONJO	5	PA
XPOVIO	5	PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA
ZOLINZA	5	PA
Antineoplásicos		
OPDUALAG	5	PA
Complementos del tratamiento		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
BALVERSA	5	PA
BOSULIF	5	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA
BRUKINSA	5	PA
CABOMETYX	5	PA
CALQUENCE	5	PA
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
COMETRIQ	5	PA
COPIKTRA	5	PA
COTELLIC	5	PA
DAURISMO	5	PA
ERIVEDGE	5	PA
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA
<i>gefitinib</i>	5	PA
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA
IMBRUVICA	5	PA
INLYTA	5	PA
INQOVI	5	PA
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
KISQALI	5	PA
KOSELUGO	5	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA
LORBRENA	5	PA
LYNPARZA TABLET	5	PA
MEKINIST	5	PA
MEKTOVI	5	PA
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ODOMZO	5	PA
OJEMDA	5	PA
OJJAARA	5	PA
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA
REZLIDHIA	5	PA
ROZLYTREK	5	PA
RUBRACA	5	PA
RYDAPT	5	PA
<i>sorafenib</i>	5	PA
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA
SPRYCEL	5	PA
STIVARGA	5	PA
<i>sunitinib malate</i>	5	PA
TAFINLAR	5	PA
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TALZENNA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TEPMETKO	5	PA
TIBSOVO	5	PA
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TRUQAP	5	PA
TURALIO	5	PA
VANFLYTA	5	PA

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA
VERZENIO	5	PA
VITRAKVI	5	PA
VIZIMPRO	5	PA
VOTRIENT	5	PA
WELIREG	5	PA
XALKORI	5	PA
XOSPATA	5	PA
ZEJULA CAPSULE	5	PA
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZELBORAF	5	PA
ZYDELIG	5	PA
ZYKADIA TABLET	5	PA
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotozoico		
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	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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 MANTENA	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)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(8 EA por 180 días); ST
INVEGA HAFYERA	5	ST
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
NUPLAZID CAPSULE	5	PA
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA
<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)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS	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	
Agentes anti-VIH, otros		
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	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
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	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	
<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	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<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	
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	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
VIDEX PEDIATRIC	4	
VIREAD POWDER	5	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	
<i>zidovudine</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDGE 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		
Aglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	3	
<i>sps</i>	3	
VELTASSA	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 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
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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 hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<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		
Agentes antidiabéticos		
<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>	6	
<i>glipizide er</i>	6	
<i>glipizide xl</i>	6	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glipizide tablet</i>	6	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>glyburide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	6	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 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	
Agentes antiglicémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>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	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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
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: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 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>	67
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	67
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	67
ABELCET	56
ABILIFY MAINTENA	63
<i>abiraterone acetate</i>	57
ABRYSVO	36
<i>acamprosate calcium dr</i>	40
<i>acarbose</i>	71
ACCUTANE	20
<i>acebutolol hcl</i>	11
<i>acebutolol hydrochloride</i>	11
<i>acetaminophen/codeine</i>	45
<i>acetazolamide</i>	12
<i>acetazolamide er</i>	37
<i>acetic acid</i>	44
<i>acetic acid 0.25%</i>	24
<i>acitretin</i>	20
ACTHIB	36
ACTIMMUNE	33
<i>acyclovir</i>	22
<i>acyclovir</i>	66
<i>acyclovir sodium</i>	66
ADACEL	36
ADBRY	32
<i>adefovir dipivoxil</i>	68
ADEMPAS	41
ADTHYZA	30
ADVAIR HFA	40
<i>afirmelle</i>	25
AIMOVIG	9
AKEEGA	58
ALA-CORT	21
<i>albendazole</i>	62
<i>albuterol sulfate</i>	43
<i>albuterol sulfate er</i>	42
<i>albuterol sulfate hfa</i>	42
<i>alclometasone dipropionate</i>	21
ALCOHOL PREP PADS	43
ALDURAZYME	74
ALECENSA	59
<i>alendronate sodium</i>	16

Nombre del medicamento	Página
<i>alfuzosin hcl er</i>	24
ALINIA	62
<i>aliskiren</i>	12
<i>allopurinol</i>	15
<i>alose tron hydrochloride</i>	22
ALPHAGAN P	37
<i>alprazolam</i>	47
<i>altavera</i>	25
ALUNBRIG	59
<i>alyacen 1/35</i>	25
<i>alyacen 7/7/7</i>	25
<i>alyq</i>	41
<i>amabelz</i>	25
<i>amantadine hcl</i>	65
<i>ambrisentan</i>	41
<i>amethia</i>	25
<i>amethia lo</i>	25
<i>amethyst</i>	25
<i>amikacin sulfate</i>	47
<i>amiloride hcl</i>	14
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
AMINOSYN II	69
AMINOSYN-PF	69
<i>amiodarone hydrochloride</i>	13
<i>amitriptyline hcl</i>	54
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	54
<i>amlodipine besylate</i>	11
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	12
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>ammonium lactate</i>	21
<i>amne steem</i>	21
<i>amoxapine</i>	54
<i>amoxicillin</i>	49
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	49
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	49
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	18
<i>amphotericin b</i>	56
<i>amphotericin b liposome</i>	56
<i>ampicillin</i>	49
<i>ampicillin sodium</i>	49
<i>ampicillin/sulbactam</i>	49
<i>ampicillin-sulbactam</i>	49
<i>anagrelide hydrochloride</i>	71
<i>anastrozole</i>	59

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ANORO ELLIPTA	40	<i>aurovela 1/20</i>	26
<i>aprepitant</i>	55	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	26
APRETUDE	66	<i>aurovela fe 1/20</i>	26
APTIOM	52	AUSTEDO	19
APTIVUS	65	AUVELITY	53
AREXVY	36	<i>aviane</i>	26
<i>arformoterol tartrate</i>	43	AVONEX	16
<i>aripiprazole</i>	63	AVONEX PEN	16
<i>aripiprazole odt</i>	63	<i>ayuna</i>	26
ARISTADA	63	AYVAKIT	59
ARISTADA INITIO	63	<i>azathioprine</i>	34
<i>armodafinil</i>	19	<i>azelaic acid</i>	21
ARMOUR THYROID	30	<i>azelastine hcl</i>	37
ARNUITY ELLIPTA	42	<i>azelastine hcl</i>	41
ASCENIV	33	<i>azelastine hydrochloride</i>	41
<i>asenapine maleate sl</i>	63	<i>azithromycin</i>	50
<i>ashlyna</i>	26	<i>aztreonam</i>	47
ASMANEX HFA	42	<i>azurette</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 120	42	<i>bacitracin</i>	38
METERED DOSES		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	38
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	42	<i>baclofen</i>	9
DOSES		BACTROBAN NASAL	22
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	42	BAFIERTAM	16
DOSES		<i>balsalazide disodium</i>	16
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	42	BALVERSA	59
DOSES		<i>balziva</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED	42	BAQSIMI ONE PACK	72
DOSES		BAQSIMI TWO PACK	72
<i>aspirin/dipyridamole</i>	70	BARACLUDGE	68
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	70	<i>bcg vaccine</i>	36
ASTAGRAF XL	34	BD INSULIN SYRINGE	43
<i>atazanavir</i>	65	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atazanavir sulfate</i>	65	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	43
<i>atenolol</i>	11	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43
<i>atomoxetine</i>	18	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43
<i>atorvastatin calcium</i>	14	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>atovaquone</i>	62	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	44
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	62	FINE/29G X 12.7MM	
<i>atropine sulfate</i>	38	<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	44
ATROVENT HFA	42	<i>6mm</i>	
<i>aubra eq</i>	26	<i>bekyree</i>	26
AUGMENTIN	49	BELSOMRA	19
AUGTYRO	43	<i>benazepril hcl</i>	15
<i>aurovela 1.5/30</i>	26	<i>benazepril hydrochloride</i>	15

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>benazepril</i>	12	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	40
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	40
BENLYSTA	32	<i>hydrochloride</i>	
<i>benznidazole</i>	62	<i>bupropion hcl</i>	53
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>bupropion hydrochloride</i>	53
BESIVANCE	38	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	39
BESREMI	58	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	53
<i>betaine anhydrous</i>	74	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	53
<i>betamethasone dipropionate</i>	21	<i>buspirone hcl</i>	47
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	21	<i>buspirone hydrochloride</i>	47
<i>betamethasone valerate</i>	21	<i>butalbital/acetaminophen/cafeine</i>	19
BETASERON	17	BYDUREON BCISE	71
<i>betaxolol hcl</i>	11	BYETTA	71
<i>betaxolol hcl</i>	37	CABENUVA	66
<i>bethanechol chloride</i>	24	<i>cabergoline</i>	31
<i>bexarotene</i>	62	CABLIVI	70
BEXSERO	36	CABOMETYX	60
<i>bicalutamide</i>	57	<i>calcipotriene</i>	20
BICILLIN L-A	49	<i>calcitonin-salmon</i>	16
BIKTARVY	66	<i>calcitriol</i>	16
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>calcium acetate</i>	68
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	CALQUENCE	60
BIVIGAM	33	<i>camila</i>	29
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	26	<i>camrese</i>	26
<i>blisovi fe 1/20</i>	26	<i>camrese lo</i>	26
BOOSTRIX	36	<i>candesartan cilexetil</i>	13
BOSULIF	59	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
BRAFTOVI	60	CAPLYTA	64
BREO ELLIPTA	40	CAPRELSA	60
BREZTRI AEROSPHERE	42	<i>captopril</i>	15
<i>briellyn</i>	26	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
BRILINTA	70	<i>carbamazepine</i>	52
BRIMONIDINE TARTRATE	37	<i>carbamazepine er</i>	52
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	38	<i>carbidopa</i>	10
<i>brinzolamide</i>	37	<i>carbidopa/levodopa</i>	10
BRIVIACT	52	<i>carbidopa/levodopa er</i>	10
<i>bromfenac sodium</i>	39	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10
<i>bromocriptine mesylate</i>	10	<i>carglumic acid</i>	69
BRONCHITOL	40	<i>carteolol hcl</i>	37
BRUKINSA	60	<i>cartia xt</i>	11
<i>budesonide</i>	16	<i>carvedilol</i>	11
<i>budesonide</i>	42	<i>caspofungin acetate</i>	56
<i>budesonide er</i>	16	CAYSTON	41
<i>bumetanide</i>	14	<i>cefaclor</i>	48
<i>buprenorphine</i>	45	<i>cefadroxil</i>	48
<i>buprenorphine hcl</i>	40	CEFAZOLIN	48

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefazolin sodium</i>	48	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	44
<i>cefdinir</i>	48	<i>cisplatin</i>	57
<i>cefepime</i>	48	<i>citalopram hydrobromide</i>	54
<i>cefepime hydrochloride</i>	48	<i>claravis</i>	21
<i>cefixime</i>	48	<i>clarithromycin</i>	50
<i>cefotaxime sodium</i>	48	<i>clarithromycin er</i>	50
<i>cefotetan</i>	48	CLENPIQ	23
<i>cefoxitin sodium</i>	48	CLIMARA PRO	26
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	<i>clindacin etz pledgets</i>	47
<i>cefprozil</i>	48	<i>clindamycin hcl</i>	47
<i>ceftazidime</i>	49	<i>clindamycin hydrochloride</i>	47
<i>ceftazidime/dextrose</i>	49	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	47
<i>ceftriaxone sodium</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	22
<i>cefuroxime axetil</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	47
<i>cefuroxime sodium</i>	49	<i>clobazam</i>	51
<i>celecoxib</i>	46	<i>clobetasol propionate</i>	21
<i>cephalexin</i>	49	<i>clobetasol propionate e</i>	21
CERDELGA	74	<i>clomipramine hydrochloride</i>	54
<i>chateal</i>	26	<i>clonazepam</i>	51
<i>chateal eq</i>	26	<i>clonazepam odt</i>	51
CHEMET	68	<i>clonidine</i>	13
<i>chlorhexidine gluconate</i>	20	<i>clonidine hydrochloride</i>	13
<i>chloroquine phosphate</i>	62	<i>clopidogrel</i>	70
<i>chlorothiazide</i>	15	<i>clorazepate dipotassium</i>	47
<i>chlorpromazine hcl</i>	63	<i>clotrimazole</i>	56
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	63	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	20
<i>chlorthalidone</i>	15	CLOVIQUE	68
CHOLBAM	74	<i>clozapine</i>	63
<i>cholestyramine</i>	14	<i>clozapine odt</i>	63
<i>cholestyramine light</i>	14	COARTEM	62
<i>ciclodan</i>	22	<i>colchicine</i>	15
<i>ciclopirox</i>	22	<i>colesevelam hydrochloride</i>	14
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	22	<i>colestipol hcl</i>	14
<i>ciclopirox olamine</i>	22	<i>colistimethate sodium</i>	48
<i>cidofovir</i>	65	<i>colocort</i>	16
<i>cilostazol</i>	70	COLUMVI	58
CIMDUO	67	COMBIGAN	38
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	16	COMBIVENT RESPIMAT	40
CINRYZE	33	COMETRIQ	60
CIPRO	50	COMPLERA	67
<i>ciprofloxacin</i>	44	<i>compro</i>	55
<i>ciprofloxacin</i>	50	<i>constulose</i>	23
<i>ciprofloxacin hcl</i>	50	COPIKTRA	60
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	38	CORLANOR	12
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	50	<i>cortisone acetate</i>	30
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	50	COSENTYX	32

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COSENTYX SENSOREADY PEN	32	<i>demeclocycline hcl</i>	50
COSENTYX UNOREADY	32	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	50
COTELLIC	60	DENGVAXIA	36
CREON	74	DEPO-PROVERA	29
<i>cromolyn sodium</i>	37	DEPO-SUBQ PROVERA 104	29
<i>cromolyn sodium</i>	43	DESCOVY	67
<i>cromolyn sodium</i>	74	<i>desipramine hydrochloride</i>	54
<i>cryselle-28</i>	26	<i>desmopressin acetate</i>	25
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	44	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	26
CUTAQUIG	33	<i>desonide</i>	21
CUVITRU	33	<i>desoximetasone</i>	21
<i>cyclafem 1/35</i>	26	<i>desvenlafaxine er</i>	54
<i>cyclafem 7/7/7</i>	26	<i>dexamethasone</i>	30
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	74	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	39
<i>cyclophosphamide</i>	57	DEXILANT	24
<i>cycloserine</i>	56	<i>dexlansoprazole</i>	24
<i>cyclosporine</i>	34	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18
<i>cyclosporine</i>	38	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	18
<i>cyclosporine modified</i>	34	<i>dextrose 5%</i>	69
CYLTEZO	34	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	69
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	34	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	69
CROHNS DISEASE/UC/HS		DIACOMIT	51
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	34	<i>diazepam</i>	47
PSORIASIS		<i>diazepam intensol</i>	47
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	34	<i>diazepam rectal gel</i>	51
PSORIASIS/UEVITIS		<i>diazoxide</i>	72
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	41	<i>diclofenac potassium</i>	46
CYSTAGON	74	<i>diclofenac sodium</i>	20
CYSTARAN	38	<i>diclofenac sodium</i>	39
<i>dalfampridine er</i>	17	<i>diclofenac sodium</i>	46
<i>danazol</i>	25	<i>diclofenac sodium dr</i>	46
<i>dantrolene sodium</i>	9	<i>diclofenac sodium er</i>	46
<i>dapsone</i>	56	<i>dicloxacillin sodium</i>	49
DAPTACEL	36	<i>dicyclomine hcl</i>	24
<i>daptomycin</i>	48	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	24
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	48	DIFICID	50
<i>darunavir</i>	65	<i>diflunisal</i>	46
DARZALEX FASPRO	57	<i>digitek</i>	13
<i>dasetta 1/35</i>	26	<i>digox</i>	13
<i>dasetta 7/7/7</i>	26	<i>digoxin</i>	13
DAURISMO	60	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9
<i>daysee</i>	26	DILANTIN	52
<i>deblitane</i>	29	<i>diltiazem hcl</i>	11
<i>deferasirox</i>	68	<i>diltiazem hcl cd</i>	11
DELSTRIGO	67	<i>diltiazem hcl er</i>	11
<i>delyla</i>	26	<i>diltiazem hydrochloride</i>	12

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	11	EDARBYCLOR	12
<i>dilt-xr</i>	11	EDURANT	67
<i>dimethyl fumarate</i>	17	<i>efavirenz</i>	67
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	17	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>diphenhydramine hcl</i>	41	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	41	<i>effe-r-k</i>	69
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	22	ELAPRASE	74
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	36	<i>elinest</i>	26
<i>disulfiram</i>	40	ELIQUIS	70
<i>divalproex sodium</i>	51	ELIQUIS STARTER PACK	70
<i>divalproex sodium dr</i>	51	ELLA	44
<i>divalproex sodium er</i>	51	ELMIRON	24
<i>dofetilide</i>	13	<i>eluryng</i>	26
<i>dolishale</i>	26	EMCYT	58
<i>donepezil hcl</i>	9	EMGALITY	9
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	EMPAVELI	32
DOPTELET	70	EMSAM	53
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	38	<i>emtricitabine</i>	67
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	37	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
DOTTI	26	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
DOVATO	66	EMTRIVA	67
<i>doxazosin mesylate</i>	24	<i>emzahh</i>	29
<i>doxepin hcl</i>	54	<i>enalapril maleate</i>	15
<i>doxepin hydrochloride</i>	54	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>doxy 100</i>	50	ENBREL	34
<i>doxycycline</i>	51	ENBREL MINI	34
<i>doxycycline hyclate</i>	20	ENBREL SURECLICK	34
<i>doxycycline hyclate</i>	50	ENDARI	74
<i>doxycycline monohydrate</i>	50	<i>endocet</i>	45
<i>d-penamamine</i>	24	ENGERIX-B	36
DRIZALMA SPRINKLE	54	<i>enilloring</i>	26
<i>dronabinol</i>	55	ENJAYMO	32
DROXIA	58	<i>enoxaparin sodium</i>	70
<i>droxidopa</i>	13	<i>enpresse-28</i>	26
DULERA	40	<i>entacapone</i>	10
<i>duloxetine hydrochloride</i>	54	<i>entecavir</i>	68
DUPIXENT	32	ENTRESTO	12
<i>dutasteride</i>	24	<i>enulose</i>	23
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	24	ENVARBUS XR	34
EASY COMFORT INSULIN	44	EPIDIOLEX	52
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>epinephrine</i>	12
<i>ec-naproxen</i>	46	<i>epinephrine</i>	43
<i>econazole nitrate</i>	56	<i>epitol</i>	52
EDARBI	13	EPKINLY	58

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>eplerenone</i>	14	FARXIGA	71
<i>epoprostenol sodium</i>	41	FARYDAK	60
EPRONTIA	52	FASENRA	40
<i>ergoloid mesylates</i>	9	FASENRA PEN	40
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9	<i>fayosim</i>	27
ERIVEDGE	60	<i>febuxostat</i>	15
ERLEADA	57	<i>felbamate</i>	52
<i>erlotinib hydrochloride</i>	60	<i>felodipine er</i>	11
<i>errin</i>	29	<i>femynor</i>	27
<i>ertapenem</i>	49	<i>fenofibrate</i>	14
<i>ertapenem sodium</i>	49	<i>fenofibrate micronized</i>	14
<i>ery</i>	22	<i>fenofibric acid dr</i>	14
<i>erythromycin</i>	22	<i>fentanyl</i>	45
<i>erythromycin</i>	38	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	45
<i>erythromycin dr</i>	50	FETZIMA	54
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	50	FETZIMA TITRATION PACK	54
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	21	FINACEA	21
<i>escitalopram oxalate</i>	54	<i>finasteride</i>	24
<i>esomeprazole magnesium</i>	24	<i>fingolimod hydrochloride</i>	17
<i>estarylla</i>	26	FINTEPLA	52
<i>estradiol</i>	26	FIRMAGON	31
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	26	FLAREX	39
ESTRING	26	<i>flecainide acetate</i>	13
<i>eszopiclone</i>	19	<i>fluconazole</i>	56
<i>ethambutol hydrochloride</i>	56	<i>fluconazole in dextrose</i>	56
<i>ethosuximide</i>	51	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	56
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	26	<i>flucytosine</i>	56
<i>etodolac</i>	46	<i>fludrocortisone acetate</i>	30
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	26	<i>flunisolide</i>	42
<i>etravirine</i>	67	<i>fluocinolone acetonide</i>	21
EUCRISA	21	<i>fluocinolone acetonide body</i>	21
EUTHYROX	30	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	21
<i>everolimus</i>	34	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	21
<i>everolimus</i>	60	<i>fluocinonide</i>	21
EVOTAZ	65	<i>fluorometholone</i>	39
EVRYSDI	74	<i>fluorouracil</i>	20
<i>exemestane</i>	59	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	54
EXKIVITY	60	<i>fluphenazine decanoate</i>	63
<i>ezetimibe</i>	14	<i>fluphenazine hcl</i>	63
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	14	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	63
FABRAZYME	74	<i>flurbiprofen</i>	46
<i>falmina</i>	27	<i>flurbiprofen sodium</i>	39
<i>famciclovir</i>	66	<i>flutamide</i>	57
<i>famotidine</i>	24	<i>fluticasone propionate</i>	22
FANAPT	64	<i>fluticasone propionate</i>	42
FANAPT TITRATION PACK	64	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	40

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	40	GLEOSTINE	57
<i>fluvastatin</i>	14	<i>glimepiride</i>	71
<i>fluvastatin sodium er</i>	14	<i>glipizide</i>	71
<i>fluvoxamine maleate</i>	55	<i>glipizide er</i>	71
<i>fondaparinux sodium</i>	70	<i>glipizide xl</i>	71
<i>formoterol fumarate</i>	43	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	71
FORTEO	16	GLUCAGEN HYPOKIT	72
<i>fosamprenavir calcium</i>	65	<i>glucagon emergency kit</i>	72
<i>fosinopril sodium</i>	15	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	72
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	12	LOW BLOOD SUGAR	
FOTIVDA	57	<i>glyburide</i>	72
FRAGMIN	70	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	72
FRUZAQLA	60	<i>glycopyrrolate</i>	24
<i>furosemide</i>	14	GLYXAMBI	72
FUZEON	65	<i>griseofulvin microsize</i>	56
FYAVOLV	27	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	56
FYCOMPA	52	<i>guanfacine hydrochloride</i>	13
<i>gabapentin</i>	51	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	19
<i>galantamine hydrobromide</i>	9	GUANIDINE HCL	10
<i>galantamine hydrobromide er</i>	9	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	73
GAMASTAN	33	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	73
GAMMAKED	34	GVOKE KIT	73
GAMUNEX-C	34	GVOKE PFS	73
<i>ganciclovir</i>	65	<i>hailey 1.5/30</i>	27
GARDASIL 9	36	<i>hailey fe 1.5/30</i>	27
<i>gatifloxacin</i>	38	<i>hailey fe 1/20</i>	27
<i>gavilyte-c</i>	23	<i>halobetasol propionate</i>	22
<i>gavilyte-g</i>	23	<i>haloette</i>	27
<i>gavilyte-h</i>	23	<i>haloperidol</i>	63
<i>gavilyte-n/fluor pack</i>	23	<i>haloperidol decanoate</i>	63
GAVRETO	58	<i>haloperidol lactate</i>	63
<i>gefitinib</i>	60	HAVRIX	36
GELNIQUE PUMP	24	<i>heather</i>	29
<i>gemfibrozil</i>	14	HEPAGAM B	34
GEMTESA	24	<i>heparin sodium</i>	70
<i>generlac</i>	23	HEPLISAV-B	36
<i>gengraf</i>	34	HIBERIX	36
GENOTROPIN	25	HIZENTRA	34
GENOTROPIN MINIQUICK	25	HUMALOG	73
<i>gentak</i>	38	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	73
<i>gentamicin sulfate</i>	38	HUMALOG KWIKPEN	73
<i>gentamicin sulfate</i>	47	HUMALOG MIX 50/50	73
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	47	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	73
GENVOYA	66	HUMALOG MIX 75/25	73
GILOTRIF	60	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	73
<i>glatiramer acetate</i>	17	HUMATIN	47

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMIRA	35	ILEVRO	39
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	34	<i>imatinib mesylate</i>	60
HUMIRA PEN	35	IMBRUVICA	60
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	35	<i>imipenem/cilastatin</i>	49
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	35	<i>imipramine hcl</i>	54
HUMULIN 70/30	73	<i>imipramine hydrochloride</i>	54
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	73	<i>imiquimod</i>	20
HUMULIN N	73	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	36
HUMULIN N KWIKPEN	73	IMPAVIDO	48
HUMULIN R	73	INBRIJA	10
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	73	<i>incassia</i>	29
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	73	INCRELEX	25
<i>hydralazine hcl</i>	15	INCRUSE ELLIPTA	42
<i>hydralazine hydrochloride</i>	15	<i>indapamide</i>	15
<i>hydrochlorothiazide</i>	15	<i>indomethacin</i>	46
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	45	<i>indomethacin er</i>	46
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	45	INFANRIX	36
<i>hydrocortisone</i>	16	INFLECTRA	35
<i>hydrocortisone</i>	22	INFLIXIMAB	35
<i>hydrocortisone</i>	30	INGREZZA	19
<i>hydrocortisone valerate</i>	22	INLYTA	60
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	44	INQOVI	60
<i>hydromorphone hcl</i>	45	INREBIC	58
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	45	<i>insulin lispro</i>	73
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	45	INTELENCE	67
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	62	INTRON A	33
<i>hydroxyurea</i>	58	<i>introvale</i>	27
<i>hydroxyzine hcl</i>	42	INVEGA HAFYERA	64
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	42	INVEGA SUSTENNA	64
<i>hydroxyzine pamoate</i>	47	INVEGA TRINZA	64
HYPERHEP B	34	INVIRASE	65
<i>ibandronate sodium</i>	16	IPOL INACTIVATED IPV	36
IBRANCE	58	<i>ipratropium bromide</i>	42
IBRANCE	60	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	40
<i>ibu</i>	46	<i>irbesartan</i>	13
<i>ibuprofen</i>	46	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>icatibant acetate</i>	33	ISENTRESS	66
<i>iclevia</i>	27	ISENTRESS HD	66
ICLUSIG	60	ISONIAZID	56
<i>icosapent ethyl</i>	14	<i>isosorbide dinitrate</i>	15
IDHIFA	58	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	12
IGALMI	44	<i>hydrochloride</i>	
ILARIS	32	<i>isosorbide mononitrate</i>	15
		<i>isosorbide mononitrate er</i>	15
		<i>isotretinoin</i>	21
		<i>isradipine</i>	11

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024
Última actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ISTURISA	32	KISQALI FEMARA 200 DOSE	58
<i>itraconazole</i>	56	KISQALI FEMARA 400 DOSE	58
<i>ivermectin</i>	62	KISQALI FEMARA 600 DOSE	58
IWILFIN	58	<i>klayesta</i>	56
IXCHIQ	36	KLISYRI	20
IXIARO	36	<i>klor-con</i>	69
<i>jaimiess</i>	27	<i>klor-con 10</i>	69
JAKAFI	60	<i>klor-con 8</i>	69
<i>jantoven</i>	70	<i>klor-con m10</i>	69
JANUMET	72	<i>klor-con m15</i>	69
JANUMET XR	72	<i>klor-con m20</i>	69
JANUVIA	72	<i>klor-con sprinkle</i>	69
JARDIANCE	72	<i>klor-con/ef</i>	69
JAVYGTOR	74	KORLYM	30
JAYPIRCA	60	KOSELUGO	60
<i>jencycla</i>	29	<i>kourzeq</i>	20
JENTADUETO	72	KRAZATI	58
JENTADUETO XR	72	<i>kurvelo</i>	27
<i>jinteli</i>	27	KYNMOBI	10
<i>jolessa</i>	27	KYNMOBI TITRATION KIT	10
<i>jolivette</i>	29	<i>labetalol hydrochloride</i>	11
JUBLIA	56	<i>lacosamide</i>	52
JULUCA	66	<i>lactulose</i>	23
<i>junel 1.5/30</i>	27	LAGEVRIO	44
<i>junel 1/20</i>	27	<i>lamivudine</i>	67
<i>junel fe 1.5/30</i>	27	<i>lamivudine</i>	68
<i>junel fe 1/20</i>	27	<i>lamivudine/zidovudine</i>	67
JYLAMVO	35	<i>lamotrigine</i>	52
JYNNEOS	36	<i>lamotrigine er</i>	52
KALYDECO	41	<i>lamotrigine odt</i>	52
KANJINTI	57	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	52
KANUMA	74	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	52
<i>kariva</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	52
<i>kelnor 1/35</i>	27	<i>lamotrigine titration</i>	52
<i>kelnor 1/50</i>	27	LANREOTIDE ACETATE	31
KEPIVANCE	20	<i>lansoprazole</i>	24
KERENDIA	12	LANTUS	73
KESIMPTA	17	LANTUS SOLOSTAR	73
<i>ketoconazole</i>	56	<i>lapatinib ditosylate</i>	60
<i>ketorolac tromethamine</i>	39	<i>larin 1.5/30</i>	27
<i>ketorolac tromethamine</i>	46	<i>larin 1/20</i>	27
<i>kimidess</i>	27	<i>larin fe 1.5/30</i>	27
KINERET	32	<i>larin fe 1/20</i>	27
KINRIX	36	<i>larissia</i>	27
<i>kionex</i>	68	<i>latanoprost</i>	39
KISQALI	60	<i>leflunomide</i>	35

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lenalidomide</i>	57	<i>lisinopril</i>	15
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	60	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	61	<i>lithium</i>	39
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	61	<i>lithium carbonate</i>	39
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	61	<i>lithium carbonate er</i>	39
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	61	LIVALO	14
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	61	LIVTENCITY	65
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	61	<i>lojaimiess</i>	27
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	61	LOKELMA	68
<i>lessina</i>	27	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	42
<i>letrozole</i>	59	LONSURF	58
<i>leucovorin calcium</i>	59	<i>loperamide hcl</i>	23
LEUKERAN	57	<i>lopinavir/ritonavir</i>	65
<i>leuprolide acetate</i>	31	<i>lopreeza</i>	27
<i>levabuterol</i>	43	LOQTORZI	57
<i>levabuterol hcl</i>	43	<i>lorazepam</i>	47
<i>levabuterol hydrochloride</i>	43	<i>lorazepam intensol</i>	47
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	43	LORBRENA	61
LEVEMIR	73	<i>lorcet</i>	45
LEVEMIR FLEXPEN	73	<i>lorcet hd</i>	45
LEVEMIR FLEXTOUCH	73	<i>lorcet plus</i>	45
<i>levetiracetam</i>	53	<i>losartan potassium</i>	13
<i>levetiracetam er</i>	52	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>levobunolol hcl</i>	37	LOTEMAX SM	39
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	42	<i>lovastatin</i>	14
<i>levofloxacin</i>	38	<i>low-ogestrel</i>	27
<i>levofloxacin</i>	50	<i>loxapine</i>	63
<i>levofloxacin in d5w</i>	50	<i>lubiprostone</i>	23
<i>levonest</i>	27	LUMAKRAS	58
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	27	LUMIGAN	39
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	27	LUMIZYME	74
<i>levora 0.15/30-28</i>	27	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	31
LEVO-T	30	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	31
<i>levothyroxine sodium</i>	30	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	31
LEVOXYL	31	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	31
LEXIVA	65	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	31
LIBERVANT	51	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	31
<i>lidocaine</i>	46	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	25
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	20	<i>lurasidone hydrochloride</i>	64
<i>lidocaine viscous</i>	20	<i>lutera</i>	27
<i>lidocaine/prilocaine</i>	46	LYBALVI	64
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	46	<i>lyleq</i>	29
<i>lillow</i>	27	<i>lyllana</i>	27
<i>linezolid</i>	48	LYNPARZA	61
LINZESS	23	LYSODREN	32
<i>liothyronine sodium</i>	31	LYTGOBI	58

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LYUMJEV	73	<i>methyl</i> dopa	13
LYUMJEV KWIKPEN	73	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	19
<i>lyza</i>	29	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	19
<i>magnesium sulfate</i>	69	<i>methylprednisolone</i>	30
<i>malathion</i>	22	<i>methylprednisolone dose pack</i>	30
<i>maprotiline hcl</i>	53	<i>metoclopramide hcl</i>	23
<i>maraviroc</i>	65	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	23
<i>marlissa</i>	27	<i>metolazone</i>	15
MARPLAN	53	<i>metoprolol succinate er</i>	11
MATULANE	57	<i>metoprolol tartrate</i>	11
<i>matzim la</i>	12	<i>metronidazole</i>	21
MAVYRET	66	<i>metronidazole</i>	48
MAYZENT	17	<i>metronidazole vaginal</i>	48
MAYZENT STARTER PACK	17	<i>metyrosine</i>	12
<i>meclizine hcl</i>	55	<i>mexiletine hcl</i>	13
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	29	<i>microgestin 1.5/30</i>	28
<i>mefloquine hcl</i>	62	<i>microgestin 1/20</i>	28
<i>megestrol acetate</i>	29	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	28
MEKINIST	61	<i>microgestin fe 1/20</i>	28
MEKTOVI	61	<i>midodrine hcl</i>	13
<i>meloxicam</i>	46	<i>mifepristone</i>	30
<i>memantine hcl titration pak</i>	9	<i>miglustat</i>	74
<i>memantine hydrochloride</i>	9	<i>mili</i>	28
<i>memantine hydrochloride er</i>	9	<i>mimvey</i>	28
MENACTRA	36	<i>mimvey lo</i>	28
MENEST	28	<i>minocycline hcl</i>	51
MENQUADFI	36	<i>minocycline hydrochloride</i>	51
MENVEO	36	<i>minoxidil</i>	15
<i>mercaptapurine</i>	58	<i>mirtazapine</i>	53
<i>meropenem</i>	50	<i>mirtazapine odt</i>	53
<i>mesalamine</i>	16	<i>misoprostol</i>	24
<i>mesalamine dr</i>	16	M-M-R II	36
<i>mesalamine er</i>	16	<i>modafinil</i>	19
MESNEX	59	<i>moexipril hcl</i>	15
<i>metformin hydrochloride</i>	72	<i>molindone hydrochloride</i>	63
<i>metformin hydrochloride er</i>	72	<i>mometasone furoate</i>	22
<i>methadone hcl</i>	45	<i>mometasone furoate</i>	42
<i>methadone hydrochloride</i>	45	<i>mondoxyne nl</i>	51
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	45	<i>mono-linyah</i>	28
<i>methazolamide</i>	38	<i>mononessa</i>	28
<i>methenamine hippurate</i>	48	<i>montelukast sodium</i>	42
<i>methimazole</i>	32	<i>morgidox 1x100mg</i>	51
<i>methocarbamol</i>	74	<i>morgidox 2x100mg</i>	51
<i>methotrexate</i>	35	<i>morphine sulfate</i>	45
<i>methotrexate sodium</i>	35	<i>morphine sulfate er</i>	45
<i>methsuximide</i>	52	MOTTEGRITY	23

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MOUNJARO	72	<i>nevirapine</i>	67
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	50	<i>nevirapine er</i>	67
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	38	NEXLETOL	14
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	50	NEXLIZET	14
MULTAQ	13	<i>niacin er</i>	14
<i>mupirocin</i>	22	NICOTROL NS	39
<i>mycophenolate mofetil</i>	35	<i>nifedipine er</i>	11
<i>mycophenolic acid dr</i>	35	<i>nilutamide</i>	57
<i>myorisan</i>	21	<i>nimodipine</i>	11
MYRBETRIQ	24	NINLARO	58
NABI-HB	34	<i>nitazoxanide</i>	62
<i>nabumetone</i>	46	<i>nitisinone</i>	74
<i>nadolol</i>	11	NITRO-BID	15
<i>nafcillin sodium</i>	49	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	48
NAGLAZYME	74	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	48
<i>naloxone hcl</i>	39	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	48
<i>naloxone hydrochloride</i>	39	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>naltrexone hcl</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	23
NAMZARIC	9	<i>nitroglycerin transdermal</i>	15
<i>naproxen</i>	46	NIVA THYROID	31
<i>naproxen sodium</i>	46	<i>nizatidine</i>	24
<i>naratriptan hcl</i>	9	<i>nora-be</i>	29
NATACYN	38	<i>norethindrone</i>	30
<i>nateglinide</i>	72	<i>norethindrone acetate</i>	30
NAYZILAM	53	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	28
<i>nebivolol</i>	11	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	28
<i>nebivolol hydrochloride</i>	11	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	28
<i>necon 0.5/35-28</i>	28	<i>norlyda</i>	30
<i>necon 7/7/7</i>	28	<i>norlyroc</i>	30
<i>nefazodone hydrochloride</i>	55	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	28
<i>neomycin sulfate</i>	47	<i>nortrel 1/35</i>	28
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	38	<i>nortrel 7/7/7</i>	28
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	38	<i>nortriptyline hcl</i>	54
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	38	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	54
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	38	NORVIR	65
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	38	NOVOLIN 70/30	73
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	44	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	73
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	45	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	73
<i>neo-polycin</i>	38	NOVOLIN 70/30 RELION	73
<i>neo-polycin hc</i>	38	NOVOLIN N	73
NERLYNX	61	NOVOLIN N FLEXPEN	73
NEULASTA	71	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	73
NEULASTA ONPRO KIT	71	NOVOLIN N RELION	73
NEUPRO	10	NOVOLIN R	73
		NOVOLIN R FLEXPEN	73

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	73	<i>olopatadine hcl</i>	37
NOVOLIN R RELION	73	<i>olopatadine hydrochloride</i>	37
NOVOLOG	73	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14
NOVOLOG FLEXPEN	73	<i>omeprazole</i>	24
NOVOLOG FLEXPEN RELION	74	<i>omeprazole dr</i>	24
NOVOLOG MIX 70/30	74	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	44
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	74	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	44
FLEXPEN		OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	44
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	74	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	44
FLEXPEN RELION		OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	44
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	74	KIT (GEN 3)	
NOVOLOG PENFILL	74	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	44
NOVOLOG RELION	74	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	44
<i>np thyroid 120</i>	31	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	44
<i>np thyroid 15</i>	31	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	44
<i>np thyroid 30</i>	31	<i>ondansetron hcl</i>	55
<i>np thyroid 60</i>	31	<i>ondansetron hydrochloride</i>	55
<i>np thyroid 90</i>	31	<i>ondansetron odt</i>	55
NUBEQA	57	ONUREG	58
NUCALA	40	OPDUALAG	59
NUEDEXTA	19	OPSUMIT	41
NUPLAZID	64	<i>oralone dental paste</i>	20
NURTEC	10	ORENCIA	32
NUTRILIPID	44	ORENCIA	35
<i>nyamyc</i>	56	ORENCIA CLICKJECT	32
<i>nylia 1/35</i>	28	ORENITRAM	41
<i>nylia 7/7/7</i>	28	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
NYMALIZE	11	1	
<i>nymyo</i>	28	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
<i>nystatin</i>	57	2	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	20	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
<i>nystop</i>	57	3	
OCREVUS	17	ORGOVYX	31
<i>octreotide acetate</i>	31	ORKAMBI	41
ODEFSEY	67	<i>orphenadrine citrate er</i>	74
ODOMZO	61	ORSERDU	58
OFEV	40	<i>orsythia</i>	28
<i>ofloxacin</i>	39	<i>oseltamivir phosphate</i>	66
<i>ofloxacin</i>	45	OSMOLEX ER	10
OGSIVEO	58	OSPHENA	25
OJEMDA	61	OTEZLA	20
OJJAARA	61	OTEZLA	33
<i>olanzapine</i>	64	<i>oxacillin sodium</i>	49
<i>olanzapine odt</i>	64	<i>oxaprozin</i>	46
<i>olmesartan medoxomil</i>	13	OXBRYTA	71
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>oxcarbazepine</i>	52

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
OXLUMO	44	PHESGO	59
<i>oxybutynin chloride</i>	25	<i>philith</i>	28
<i>oxybutynin chloride er</i>	25	PIFELTRO	67
<i>oxycodone hydrochloride</i>	45	<i>pilocarpine hcl</i>	38
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	46	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	20
OZEMPIC	72	<i>pimozide</i>	63
PACERONE	13	<i>pimtrea</i>	28
<i>paliperidone er</i>	64	<i>pindolol</i>	11
PANRETIN	62	<i>pioglitazone hcl</i>	72
<i>pantoprazole sodium</i>	24	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	72
PANZYGA	34	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	72
<i>paricalcitol</i>	16	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	49
<i>paroex</i>	20	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	61
<i>paromomycin sulfate</i>	47	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	61
<i>paroxetine hcl</i>	55	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	61
<i>paroxetine hydrochloride</i>	55	<i>pirfenidone</i>	41
PASER	56	<i>pirmella 1/35</i>	28
PAXLOVID	44	<i>pirmella 7/7/7</i>	28
<i>pazopanib hydrochloride</i>	61	<i>piroxicam</i>	46
PEDIARIX	36	<i>pitavastatin calcium</i>	14
PEDVAX HIB	36	PLENAMINE	69
<i>peg 3350/electrolytes</i>	23	<i>podofilox</i>	20
<i>peg-3350/electrolytes</i>	23	<i>polycin</i>	38
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	23	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	38
PEGANONE	52	POMALYST	57
PEGASYS	33	<i>portia-28</i>	28
<i>pegylax</i>	23	<i>posaconazole</i>	57
PEMAZYRE	58	<i>posaconazole dr</i>	57
PENBRAYA	36	<i>potassium chloride</i>	70
<i>penicillamine</i>	24	<i>potassium chloride er</i>	69
<i>penicillin g sodium</i>	49	<i>potassium chloride sr</i>	70
<i>penicillin v potassium</i>	49	<i>potassium citrate er</i>	70
PENTACEL	36	PRALUENT	14
<i>pentamidine isethionate</i>	62	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10
<i>pentoxifylline er</i>	12	<i>prasugrel hydrochloride</i>	70
<i>perindopril erbumine</i>	15	<i>pravastatin sodium</i>	14
<i>permethrin</i>	22	<i>praziquantel</i>	62
<i>perphenazine</i>	63	<i>prazosin hydrochloride</i>	10
PERSERIS	64	<i>prednisolone</i>	30
<i>phenadoz</i>	55	<i>prednisolone acetate</i>	39
<i>phenelzine sulfate</i>	54	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	30
<i>phenobarbital</i>	51	<i>prednisone</i>	30
PHENYTEK	52	<i>pregabalin</i>	18
<i>phenytoin</i>	52	PREHEVBRIO	36
<i>phenytoin infatabs</i>	52	PREMARIN	28
<i>phenytoin sodium extended</i>	52	<i>premium lidocaine</i>	47

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PREMPHASE	28	<i>pyrimethamine</i>	62
PREMPRO	28	PYRUKYND	71
<i>prenatal</i>	70	PYRUKYND TAPER PACK	71
<i>prevalite</i>	14	QINLOCK	57
<i>previfem</i>	28	QUADRACEL	37
PREVYMIS	65	<i>quetiapine fumarate</i>	64
PREZCOBIX	65	<i>quetiapine fumarate er</i>	64
PREZISTA	65	<i>quinapril hydrochloride</i>	15
PRIFTIN	56	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>primaquine phosphate</i>	62	<i>quinidine sulfate</i>	13
<i>primidone</i>	51	<i>quinine sulfate</i>	62
PRIORIX	36	QULIPTA	10
PRIVIGEN	34	QVAR REDIHALER	42
PROAIR RESPICLICK	43	RABAVERT	37
<i>probenecid</i>	15	<i>rabeprazole sodium</i>	24
<i>probenecid/colchicine</i>	15	<i>raloxifene hydrochloride</i>	25
<i>prochlorperazine</i>	55	<i>ramelteon</i>	20
<i>prochlorperazine edisylate</i>	55	<i>ramipril</i>	15
<i>prochlorperazine maleate</i>	55	<i>ranolazine er</i>	12
PROCRIT	71	<i>rasagiline mesylate</i>	10
<i>procto-med hc</i>	16	RAYALDEE	16
<i>proctosol hc</i>	16	REBETOL	66
<i>proctozone-hc</i>	16	REBIF	17
<i>progesterone</i>	30	REBIF REBIDOSE	17
PROGRAF	35	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17
PROLASTIN-C	74	REBIF TITRATION PACK	17
PROLENSA	39	RECOMBIVAX HB	37
PROLIA	16	RECTIV	23
PROMACTA	71	RELENZA DISKHALER	66
<i>promethazine hcl</i>	55	RELISTOR	23
<i>promethazine hydrochloride</i>	55	REMICADE	35
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	55	RENFLEXIS	35
<i>promethegan</i>	56	<i>repaglinide</i>	72
<i>propafenone hcl</i>	13	REPATHA	14
<i>propafenone hydrochloride er</i>	13	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14
<i>propranolol hcl</i>	11	REPATHA SURECLICK	14
<i>propranolol hcl er</i>	11	RESTASIS	38
<i>propranolol hydrochloride</i>	11	RESTASIS MULTIDOSE	38
<i>propranolol hydrochloride er</i>	11	RETACRIT	71
<i>propylthiouracil</i>	32	RETEVMO	59
PROQUAD	36	RETROVIR IV INFUSION	67
<i>protriptyline hcl</i>	54	REVCovi	74
PULMOZYME	41	REVLIMID	57
PURIXAN	58	REXULTI	64
<i>pyrazinamide</i>	56	REYATAZ	65
<i>pyridostigmine bromide</i>	10	REZLIDHIA	61

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
REZUROCK	35	SAVELLA TITRATION PACK	18
RHOPRESSA	38	SCEMBLIX	59
<i>ribavirin</i>	66	<i>scopolamine</i>	56
<i>rifabutin</i>	56	SECUADO	64
<i>rifampin</i>	56	<i>selegiline hcl</i>	10
<i>riluzole</i>	19	<i>selenium sulfide</i>	22
RINVOQ	33	SELZENTRY	65
RINVOQ LQ	33	SEREVENT DISKUS	43
<i>risedronate sodium</i>	16	<i>sertraline hcl</i>	55
<i>risedronate sodium dr</i>	16	<i>sertraline hydrochloride</i>	55
RISPERDAL CONSTA	64	<i>setlakin</i>	28
<i>risperidone</i>	64	<i>sevelamer carbonate</i>	68
<i>risperidone er</i>	64	SFROWASA	16
<i>risperidone odt</i>	64	<i>sharobel</i>	30
<i>ritonavir</i>	65	SHINGRIX	37
<i>rivastigmine tartrate</i>	9	SIGNIFOR	31
<i>rivastigmine transdermal system</i>	9	SIGNIFOR LAR	31
<i>rivelsa</i>	28	<i>sildenafil citrate</i>	41
<i>rizatriptan benzoate</i>	9	<i>silodosin</i>	24
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9	<i>silver sulfadiazine</i>	20
ROCKLATAN	38	SIMBRINZA	38
<i>roflumilast</i>	43	<i>simliya</i>	28
ROLVEDON	71	<i>simpesse</i>	28
<i>ropinirole er</i>	10	<i>simvastatin</i>	14
<i>ropinirole hcl</i>	10	<i>sirolimus</i>	35
<i>ropinirole hydrochloride</i>	10	SIRTURO	56
<i>rosadan</i>	21	SKYCLARYS	44
<i>rosuvastatin calcium</i>	14	SKYRIZI	33
ROTARIX	37	SKYRIZI PEN	33
ROTATEQ	37	<i>sodium chloride</i>	70
<i>roweepira</i>	53	<i>sodium chloride 0.45%</i>	70
<i>roweepira xr</i>	53	<i>sodium chloride 0.9%</i>	44
ROZLYTREK	61	<i>sodium oxybate</i>	19
RUBRACA	61	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74
<i>rufinamide</i>	52	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	68
RUKOBIA	65	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	23
RUXIENCE	58	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	66
RYBELSUS	72	<i>solifenacin succinate</i>	25
RYDAPT	61	SOLQUA 100/33	72
RYTARY	10	SOLTAMOX	58
<i>sajazir</i>	33	SOMATULINE DEPOT	31
SANDIMMUNE	35	SOMAVERT	31
SANTYL	20	<i>sorafenib</i>	61
SAPHNELO	33	<i>sorafenib tosylate</i>	61
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74	<i>sorine</i>	13
SAVELLA	18		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sotalol hcl</i>	13	SYNJARDY	72
<i>sotalol hydrochloride</i>	13	SYNJARDY XR	72
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	13	SYNRIBO	59
SOTYKTU	20	SYNTHROID	31
SPIRIVA HANDIHALER	42	TABLOID	58
SPIRIVA RESPIMAT	42	TABRECTA	57
<i>spironolactone</i>	14	<i>tacrolimus</i>	22
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>tacrolimus</i>	35
SPRAVATO 56MG DOSE	53	<i>tadalafil</i>	24
SPRAVATO 84MG DOSE	53	<i>tadalafil</i>	41
<i>sprintec 28</i>	28	TAFINLAR	61
SPRITAM	53	TAGRISSE	61
SPRYCEL	61	TALZENNA	61
<i>sps</i>	68	<i>tamoxifen citrate</i>	58
<i>sronyx</i>	29	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	24
<i>ssd</i>	20	<i>tarina fe 1/20</i>	29
STAMARIL	37	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	29
<i>stavudine</i>	67	TASIGNA	61
STELARA	33	<i>tazarotene</i>	21
STIOLTO RESPIMAT	40	TAZICEF	49
STIVARGA	61	<i>taztia xt</i>	12
STRENSIQ	75	TAZVERIK	59
<i>streptomycin sulfate</i>	47	TDVAX	37
STRIBILD	66	TEFLARO	49
<i>subvenite</i>	53	TEGSEDI	75
<i>subvenite starter kit/blue</i>	53	<i>telmisartan</i>	13
<i>subvenite starter kit/green</i>	53	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>subvenite starter kit/orange</i>	53	<i>temazepam</i>	20
SUCRAID	75	TEMIXYS	67
<i>sucrafate</i>	24	TENIVAC	37
<i>sulfacetamide sodium</i>	39	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	38	TEPMETKO	61
<i>phosphate</i>		<i>terazosin hcl</i>	11
<i>sulfadiazine</i>	50	<i>terazosin hydrochloride</i>	11
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	50	<i>terbinafine hcl</i>	57
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	50	<i>terconazole</i>	57
<i>sulfasalazine</i>	16	<i>teriparatide</i>	16
<i>sulindac</i>	46	<i>testosterone</i>	25
<i>sumatriptan</i>	9	<i>testosterone cypionate</i>	25
<i>sumatriptan succinate</i>	9	<i>testosterone enanthate</i>	25
<i>sunitinib malate</i>	61	<i>testosterone pump</i>	25
SUNLENCA	65	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-	37
SUTAB	23	ADSORBED ADULT	
SYMPAZAN	51	<i>tetrabenazine</i>	19
SYMITUZA	65	<i>tetracycline hydrochloride</i>	51
SYNAGIS	34	THALOMID	57

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>theophylline er</i>	43	TRELEGY ELLIPTA	40
<i>thioridazine hcl</i>	63	TRELSTAR MIXJECT	32
<i>thiothixene</i>	63	TRESIBA	74
THYROID	31	TRESIBA FLEXTOUCH	74
THYROLAR-1	31	<i>tretinoin</i>	21
THYROLAR-1/2	31	<i>tretinoin</i>	62
THYROLAR-1/4	31	<i>tri femynor</i>	29
THYROLAR-2	31	<i>triamcinolone acetonide</i>	22
THYROLAR-3	31	<i>triamcinolone acetonide</i>	30
<i>tiadylt er</i>	12	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	20
<i>tiagabine hydrochloride</i>	51	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13
TIBSOVO	61	<i>triderm</i>	22
TICOVAC	37	<i>trientine hydrochloride</i>	68
<i>timolol maleate</i>	37	<i>tri-estarylla</i>	29
<i>tinidazole</i>	48	<i>trifluoperazine hcl</i>	63
<i>tiotropium bromide</i>	42	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	63
TIVICAY	66	<i>trifluridine</i>	39
TIVICAY PD	66	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10
<i>tizanidine hcl</i>	9	TRIJARDY XR	72
<i>tizanidine hydrochloride</i>	9	TRIKAFTA	41
TOBI PODHALER	41	<i>tri-linyah</i>	29
TOBRADEX	38	<i>trilyte</i>	23
TOBRADEX ST	38	<i>trimethoprim</i>	48
<i>tobramycin</i>	39	<i>tri-mili</i>	29
<i>tobramycin</i>	41	<i>trimipramine maleate</i>	54
<i>tobramycin sulfate</i>	47	<i>trinessa</i>	29
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	38	TRINTELLIX	55
<i>tolazamide</i>	72	<i>tri-nymyo</i>	29
<i>tolterodine tartrate</i>	25	<i>tri-previfem</i>	29
<i>tolterodine tartrate er</i>	25	TRIPTODUR	32
<i>topiramate</i>	53	<i>tri-sprintec</i>	29
<i>toremifene citrate</i>	58	TRIUMEQ	67
<i>torpenz</i>	61	TRIUMEQ PD	67
<i>torse mide</i>	15	<i>trivora-28</i>	29
TOUJEO MAX SOLOSTAR	74	<i>tri-vylibra</i>	29
TOUJEO SOLOSTAR	74	TRIZIVIR	67
TRADJENTA	72	TROGARZO	65
<i>tramadol hydrochloride</i>	46	<i>trospium chloride</i>	25
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	46	<i>trospium chloride er</i>	25
<i>trandolapril</i>	15	TRULICITY	72
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	12	TRUMENBA	37
<i>tranexamic acid</i>	70	TRUQAP	61
<i>tranylcypromine sulfate</i>	54	TRUSELTIQ	59
TRAZIMERA	58	TUKYSA	59
<i>trazodone hydrochloride</i>	55	<i>tulana</i>	30
TRECTOR	56	TURALIO	61

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>turqoz</i>	29	<i>verapamil hydrochloride</i>	12
TWINRIX	37	<i>verapamil hydrochloride er</i>	12
TYBOST	65	VERQUVO	15
TYMLOS	16	VERSACLOZ	63
TYPHIM VI	37	VERZENIO	62
TYRVAYA	44	V-GO 20	44
TYSABRI	17	V-GO 30	44
UBRELVY	10	V-GO 40	44
UDENYCA	71	<i>vicodin hp</i>	46
UDENYCA ONBODY	71	VIDEX EC	67
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	44	VIDEX PEDIATRIC	68
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	44	<i>vienna</i>	29
UNITHROID	31	<i>vigabatrin</i>	51
<i>urea</i>	20	<i>vigadrone</i>	51
<i>ursodiol</i>	23	<i>vigpoder</i>	51
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	66	VIIBRYD STARTER PACK	55
VALCHLOR	57	<i>vilazodone hydrochloride</i>	55
<i>valganciclovir</i>	65	VIMIZIM	75
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	65	<i>viorele</i>	29
<i>valproic acid</i>	39	VIRACEPT	65
<i>valsartan</i>	13	VIREAD	68
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13	VISTOGARD	44
VALTOCO 10 MG DOSE	51	VITRAKVI	62
VALTOCO 15 MG DOSE	51	VIVITROL	40
VALTOCO 20 MG DOSE	51	VIZIMPRO	62
VALTOCO 5 MG DOSE	51	VOCABRIA	66
<i>vancomycin hcl</i>	48	<i>volnea</i>	29
<i>vancomycin hydrochloride</i>	48	VONJO	59
VANFLYTA	61	<i>voriconazole</i>	57
VAQTA	37	VOSEVI	66
<i>varenicline starting month box</i>	39	VOTRIENT	62
<i>varenicline tartrate</i>	39	VOWST	23
VARIVAX	37	VRAYLAR	64
VARIZIG	34	VUMERITY	17
VAXELIS	37	<i>vyfemla</i>	29
VELPHORO	68	VYJUVEK	44
VELTASSA	68	<i>vylibra</i>	29
VENCLEXTA	62	VYNDAMAX	13
VENCLEXTA STARTING PACK	62	VYVGART HYTRULO	33
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	55	VYZULTA	39
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	55	<i>warfarin sodium</i>	70
VENTAVIS	41	WELIREG	62
VEOPOZ	33	<i>wera</i>	29
<i>verapamil hcl</i>	12	<i>wixela inhub</i>	40
<i>verapamil hcl er</i>	12	XALKORI	62
<i>verapamil hcl sr</i>	12	XARELTO	71

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
XARELTO STARTER PACK	71	ZOKINVY	75
XATMEP	35	ZOLINZA	59
XCOPRI	53	<i>zolmitriptan</i>	9
XELJANZ	33	<i>zolpidem tartrate</i>	20
XELJANZ XR	33	<i>zolpidem tartrate er</i>	20
XEMBIFY	34	ZONISADE	52
XERMELO	23	<i>zonisamide</i>	52
XGEVA	16	<i>zovia 1/35</i>	29
XIFAXAN	23	<i>zovia 1/35e</i>	29
XIGDUO XR	72	ZTALMY	19
XIIDRA	38	ZURZUVAE	53
XOFLUZA	66	ZYDELIG	62
XOLAIR	33	ZYKADIA	62
XOSPATA	62	ZYLET	38
XPOVIO	59	ZYPREXA RELPREVV	65
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	59		
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	59		
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	59		
XTAMPZA ER	45		
XTANDI	57		
<i>yargesa</i>	75		
YF-VAX	37		
YUFLYMA 1-PEN KIT	35		
YUFLYMA 2-PEN KIT	36		
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	36		
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	36		
YUPELRI	42		
<i>yuvafem</i>	29		
<i>zafirlukast</i>	42		
<i>zaleplon</i>	20		
ZARXIO	71		
ZEJULA	62		
ZELBORAF	62		
<i>zenatane</i>	21		
ZENPEP	75		
ZEPOSIA	17		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	17		
ZEPOSIA STARTER KIT	17		
<i>zidovudine</i>	68		
<i>ziprasidone hcl</i>	65		
<i>ziprasidone mesylate</i>	65		
ZIRGAN	39		

ID de formulario: 24083, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2024

Ultima actualización: julio 2024

Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

Esta lista de medicamentos se actualizó el 07/01/2024. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar www.SeniorCarePlus.com.

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

La lista de medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 775-982-3112 or toll-free at 888-775-7003. TTY users should call the State Relay Service at 711. We are available Monday through Sunday, 8:00 am to 8:00 pm.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente de Senior Care Plus al 775-982-3112 o al número gratuito al 888-775-7003. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión del Estado al 711. Estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm.