



*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

# Formulario 2025 de Senior Care Plus (Lista de medicamentos cubiertos)

## LEER LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de presentación del archivo del formulario aprobado por el Sistema de Gestión de Plan de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 25381 Versión número: V8

Este formulario se actualizó el 09/17/2024. 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 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](http://www.SeniorCarePlus.com).

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

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

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

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

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

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

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

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que entró en vigencia el 01/01/2025. Para obtener el formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Generalmente, debe utilizar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025 y ocasionalmente durante el año.

## ¿Qué es el Formulario de Senior Care Plus?

El formulario es una lista con medicamentos cubiertos seleccionados por Senior Care Plus en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, Senior Care Plus cubrirá las medicamentos incluidos en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento se considere médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Senior Care Plus y se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

## ¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podremos quitar un medicamento de marca inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que estará en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno inferior, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al momento de agregar el medicamento genérico nuevo, podremos decidir mantener al medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Si en la actualidad está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si realizamos ese cambio, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Senior Care Plus?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos el medicamento de nuestro formulario de inmediato y les enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico nuevo para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada en relación con un medicamento, o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los

miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que este entre en vigencia, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro para 30 días del medicamento.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que le receta pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca en su caso. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Senior Care Plus?”.

**Cambios que no lo afectarán si en la actualidad está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento que está en nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, salvo por lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que las estén tomando, durante lo que reste del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año próximo, dichos cambios lo afectarían y es importante que consulte la Lista de medicamentos del año de beneficios nuevo para ver los cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto entra en vigencia el 01/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Senior Care Plus, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Existen dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

### Afección médica

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

### Lista alfabética

Si no está seguro de la categoría a la que pertenece su medicamento, debe buscarlo en el Índice que comienza en la página 74. En el Índice se proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están incluidos en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar la información de cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

## ¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede solicitarle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Senior Care Plus. Cuando reciba la lista, 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 al Formulario de Senior Care Plus?

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

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no se encuentre en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

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

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

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

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

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

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

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

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

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

afiliados que actualmente se encuentran en un plan de la Parte D de Medicare afectados por los cambios en el Formulario de un año del plan al otro.

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

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

## **Obtenga más información a través de los siguientes canales**

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

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

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

## **Formulario de Senior Care Plus**

El formulario que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Senior Care Plus. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 74.

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

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



## GUÍA DE NOTAS

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

El símbolo **PA** o **PA NSO**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que requiera autorización previa (Prior Authorization, PA). PA NSO significa que la autorización previa solo se aplica a los medicamentos que se recetan por primera vez; **NSO** = Solo para nuevos medicamentos recetados. El símbolo **QL**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que haya un límite en las cantidades suministradas. El símbolo **ST** o **STO NSO**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que requiera terapia escalonada. **ST NSO** significa que la terapia escalonada solo se aplica a los medicamentos que se recetan por primera vez; **NSO** = Solo para nuevos medicamentos recetados. El símbolo **NDS**, que aparece junto al nombre del medicamento, indica que es posible que se aplique un suministro de días no extendido.

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

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

# Senior Care Plus

A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.

	NIVEL					
	1	2	3	4	5	6
	Genéricos preferidos	Genéricos no preferidos	De marca preferidos	No preferidos	Especializados	De atención médica seleccionados
<b>PLANES HMO</b>						
<b>Essential 012</b>	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Select 018</b>	\$0	\$0	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Complete 019</b>	\$2	\$8	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Renown Preferred 023</b>	\$5	\$12	\$47 Insulinas seleccionadas: \$35	Coseguro del 50 %	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Extensive Duals (D-SNP) 024</b>	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$12.15	De \$0 a \$12.15	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Enriched Duals (D-SNP) 026</b>	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$4.90	De \$0 a \$12.15	De \$0 a \$12.15	Coseguro del 33 %	\$0
<b>Washoe County EGWP (803)</b>	\$2	\$8	\$41 Insulinas seleccionadas: \$35	\$94	Coseguro del 33 %	\$0



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antidemencia</b>		
<b>Agentes antidemencia, otros</b>		
<i>ergoloid mesylates tablet</i>	4	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL(30 EA por 30 días); ST
<b>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)</b>		
<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	
<b>Inhibidores de la colinesterasa</b>		
<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	
<b>Agentes antiespásticos</b>		
<b>Agentes antiespásticos</b>		
<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	
<b>Agentes antiyaquecosos</b>		
<b>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</b>		
<i>naratriptan hcl</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan solution</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
<b>Alcaloides del cornezuelo</b>		
<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)
<b>Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)</b>		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
<b>Profiláctico</b>		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<b>Agentes antimiasténicos</b>		
<b>Parasimpaticomiméticos</b>		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<b>Agentes antiparkinsonianos, otros</b>		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER TABLET ER 24 HOUR THERAPY PACK	4	PA
OSMOLEX ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129MG, 193MG	4	PA
<b>Agonistas de la dopamina</b>		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
<b>Anticolinérgicos</b>		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</b>		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
<b>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</b>		
<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
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</b>		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
<b>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</b>		
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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, 80mg</i>	2	
<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	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</b>		
<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	
<b>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</b>		
<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	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>		

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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	
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE	3	QL(240 EA por 30 días)
ENTRESTO TABLET	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	4	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días); 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>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Agonistas adrenérgicos alfa</b>		
<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	
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		
<i>candesartan cilexetil</i>	6	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
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	
<b>Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides</b>		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet</i>	1	
<b>Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	4	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<b>Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco</b>		
<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	
<b>Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>		
<i>atorvastatin calcium</i>	6	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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	
<b>Dislipidémicos, otros</b>		
<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
<b>Diuréticos, ahorrador de potasio</b>		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>triamterene capsule</i>	4	
<b>Diuréticos, evacuación</b>		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>toremide tablet</i>	1	
<b>Diuréticos, tiazida</b>		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</b>		
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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	
<b><i>Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)</i></b>		
FARXIGA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	QL(30 EA por 30 días)
<b><i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i></b>		
<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
<b><i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i></b>		
<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	
<b>Agentes de antigout</b>		
<b><i>Agentes de antigout</i></b>		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
<b>Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal</b>		
<b><i>Aminosalicilatos</i></b>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
<b><i>Glucocorticoides</i></b>		
<i>budesonide er</i>	5	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
<b>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</b>		
<b><i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i></b>		
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
<b><i>Agentes de esclerosis múltiple</i></b>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
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
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
<b>Agentes de fibromialgia</b>		
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</b>		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>guanfacine 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	
<b>Sistema nervioso central, otros</b>		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK	5	QL(56 EA por 365 días); PA
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
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Agentes del trastorno del sueño</b>		
<b><i>Agentes estimulantes de insomnio</i></b>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<b><i>Agentes somníferos</i></b>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<b><i>Agentes dentales y orales</i></b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
<b>Agentes dermatológicos</b>		
<b>Agentes dermatológicos, otros</b>		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment</i>	3	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
<b>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</b>		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnesteem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>tazarotene cream 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	3	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
<b>Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito</b>		
ADBRY	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>selenium sulfide</i>	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
<b>Antiinfecciosos tópicos</b>		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
<b>Pediculicidas/escabicidas</b>		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
<b>Agentes gastrointestinales</b>		
<b>Agentes antidiarreicos</b>		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<b>Agentes antiestreñimiento</b>		
<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)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
MOTEGRITY	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
<b>Agentes gastrointestinales, otros</b>		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	
<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	
<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
<b>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</b>		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
<b>Antiespasmódicos, gastrointestinal</b>		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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)
<b>Protectores</b>		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
<b>Agentes genitourinarios</b>		
<b>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
<b>Agentes genitourinarios, otros</b>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
ELMIRON	5	
<b>Antiespasmódicos, urinario</b>		
GELNIQUE GEL 10%	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>desmopressin acetate solution</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
INCRELEX	5	PA
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)</b>		
<b><i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i></b>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<b><i>Andrógenos</i></b>		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	4	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
<b><i>Estrógenos</i></b>		
<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	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol patch weekly</i>	3	
<i>estradiol patch twice weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<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)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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	
<b>MENEST TABLET 2.5MG</b>	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	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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>xulane</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
<b>Progestinas</b>		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
LILETTA	3	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<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 solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	2	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	2	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
UNITHROID	2	
<b>Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)</b>		
<i>Agentes anti-tiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)</b>		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
<b>Agentes inmunológicos</b>		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
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

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
<b><i>Inmunoglobulinas</i></b>		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUVITRU INJECTION 8GM/40ML	5	PA
GAMASTAN	3	PA
HIZENTRA INJECTION 1GM/5ML, 2GM/10ML	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
PRIVIGEN	5	PA
<b><i>Inmunosupresores</i></b>		
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UEVEITIS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution</i>	4	B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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 PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	5	PA NSO
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	PA NSO
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	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	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0	1	
GARDASIL 9 INJECTION 0	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	1	B/D
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	3	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	1	B/D
PRIORIX	1	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 5MCG/0.5ML	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	3	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	1	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<b>Agentes oftálmicos antialérgicos</b>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
<b>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</b>		
<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 0.25%, 0.5%</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
<b>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</b>		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>acetazolamide er</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>		
<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	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMZY	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN	4	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
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>	3	
<b>Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas</b>		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
<b>Agentes para la bipolaridad</b>		
<b>Agentes para la bipolaridad, otros</b>		
IGALMI	4	PA NSO
<b>Estabilizadores del estado de ánimo</b>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<b>Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción</b>		
<b>Agentes para dejar de fumar</b>		
<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)
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<b>Agentes que revierten los opioides</b>		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
OPVEE	3	
<b>Dependencia de opioides</b>		
<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)
<b>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</b>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
<b>Agentes para vías respiratorias/pulmonares</b>		
<b>Agentes del tracto respiratorio, otros</b>		
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)
<i>breynd</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
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)
<b>Agentes para fibrosis pulmonar</b>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
<b>Agentes para fibrosis quística</b>		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO PACKET	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
<b>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</b>		
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)
<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)
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
NUTRILIPID	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<b>Agentes óticos</b>		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
<b>Analgésicos</b>		
<b><i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i></b>		
<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
<b><i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i></b>		
<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; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS
<i>lorcet hd</i>	2	NDS
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution, tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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/acetaminophen tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	4	PA
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestésicos locales</b>		
<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: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
<b>Ansiolíticos</b>		
<b>Ansiolíticos, otros</b>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<b>Benzodiazepinas</b>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, solution</i>	2	
<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)
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	4	
<b>Antibacterianos, otros</b>		
<i>aztreonam injection 1gm</i>	4	
<i>aztreonam injection 2gm</i>	5	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tigecycline</i>	5	
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
<b>Betalactámico, cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 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	
<b>Betalactámico, penicilinas</b>		
<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>nafcillin 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	
<b>Carbapenemas</b>		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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 injection 1gm, 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 2gm</i>	4	
<b>Macrólidos</b>		
<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	
<b>DIFICID TABLET</b>	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	
<b>Quinolonas</b>		
<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	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>mondoxyne nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Agentes de modificación de los canales de calcio</b>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<b>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</b>		
<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)
<b>DIACOMIT</b>	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<b>LIBERVANT</b>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet</i>	2	
<b>SYMPAZAN FILM 5MG</b>	4	
<b>SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG</b>	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
<b>VALTOCO 10 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<b>VALTOCO 15 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<b>VALTOCO 20 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<b>VALTOCO 5 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>vigadrone</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE	3	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
ZTALMY	5	PA NSO
<b>Agentes para los canales de sodio</b>		
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, tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	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	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
<b>Anticonvulsivos, otros</b>		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
<i>valproic acid</i>	2	
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos, otros</b>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa</b>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<b>Tricíclicos</b>		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>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	
<b>Antidepressants</b>		
<b>SSRIs/SNRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</b>		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	3	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<b>Antieméticos</b>		
<b>Adyuvantes para terapia emetogénica</b>		
<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 odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<b>Antieméticos, otros</b>		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<b>Antimicobacterianos, otros</b>		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<b>Antituberculosos</b>		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	4	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
<b>Antimicóticos</b>		
<b>Antimicóticos</b>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	4	
<i>clotrimazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
<b>Antineoplásicos</b>		
<b>Agentes alquilantes</b>		

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
<b>Agentes antiangiogénicos</b>		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
<b>Antiandrogénicos</b>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
<b>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</b>		
TEVIMBRA	5	PA NSO
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
EMCYT	5	
ORSERDU	5	PA NSO
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<b>Antimetabolitos</b>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	5	
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
AKEEGA	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
LONSURF	5	PA NSO
LYSODREN	5	
OGSIVEO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML	5	PA NSO
SYNRIBO	5	
TRUSELTIQ	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
<b>Complementos del tratamiento</b>		
MESNEX TABLET	5	
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<b>Inhibidores de enzimas</b>		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
<b>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</b>		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
<b>Inhibidores moleculares dirigidos</b>		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO	5	PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FOTIVDA	5	PA NSO
FRUZAQLA	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	3	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE, SUSPENSION	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG, 560MG	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
NINLARO	5	PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP TABLET	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
<b>Retinoides</b>		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
<b>Antiparasitarios</b>		
<b>Antihelmínticos</b>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<b>Antiprotozoico</b>		
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
<b>Antipsicóticos</b>		
<b>Primera generación/típico</b>		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir, injection</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	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
<b>Resistente al tratamiento</b>		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
<b>Segunda generación/atípico</b>		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
<b>Antivírico</b>		
<b>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</b>		
APTIVUS CAPSULE	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir capsule 150mg</i>	4	
<i>atazanavir capsule 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 800mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
LEXIVA SUSPENSION	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET	4	QL(360 EA por 30 días)
NORVIR SOLUTION	4	QL(480 ML por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
<b>Agentes anti-VIH, otros</b>		
FUZEON	5	
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días)
TYBOST	3	QL(30 EA por 30 días)
<b>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</b>		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
<b>Agentes antigripales</b>		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
<b>Agentes antihepatitis C (VHC)</b>		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
<b>Agentes antiherpéticos</b>		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK	5	PA
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)</b>		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
VOCABRIA	5	
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)</b>		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	QL(30 EA por 30 días)
<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>efavirenz tablet</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine tablet</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
PIFELTRO	5	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</b>		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir tablet</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir solution</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tablet 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 150mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIREAD POWDER	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
<b>Antivirales, agentes de coronavirus</b>		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>		
<b>Aglutinantes de potasio</b>		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder, suspension</i>	3	
SPS	3	
VELTASSA	4	
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
<b>Quelantes de fosfato</b>		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate tablet</i>	4	
VELPHORO	5	
<b>Reemplazo de electrolitos/minerales</b>		
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

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	4	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	4	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er</i>	2	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
<b>Vitaminas</b>		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
<b>Productos y modificadores sanguíneos</b>		
<b>Agentes homeostáticos</b>		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
<b>Agentes modificadores de plaquetas</b>		
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
<b>Anticoagulantes</b>		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>Productos y modificadores sanguíneos, otros</b>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	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
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	5	
<b>Reguladores de la glucemia</b>		
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
<i>acarbose tablet</i>	2	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er</i>	6	
<i>glipizide xl</i>	6	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glipizide tablet</i>	6	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	6	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 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	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
<b>Agentes antihiperlipémicos</b>		

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<b><i>Insulinas</i></b>		
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	
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: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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	
<b>Relajantes musculares esqueléticos</b>		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	PA
<i>methocarbamol</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
<b>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
SUCRAID	5	PA

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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
TEGSEDI	5	PA
WELIREG	5	PA NSO
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

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	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	66	<i>albendazole</i>	61
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	66	<i>albuterol sulfate</i>	42
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	66	<i>albuterol sulfate hfa</i>	42
ABELCET	55	<i>alclometasone dipropionate</i>	21
ABILIFY MAINTENA	62	ALCOHOL PREP PADS	42
<i>abiraterone acetate</i>	56	ALECENSA	57
ABRYSVO	35	<i>alendronate sodium</i>	16
<i>acamprosate calcium dr</i>	39	<i>alfuzosin hcl er</i>	24
<i>acarbose</i>	69	ALINIA	61
ACCUTANE	20	<i>aliskiren</i>	12
<i>acebutolol hcl</i>	10	<i>allopurinol</i>	15
<i>acebutolol hydrochloride</i>	10	<i>alose tron hydrochloride</i>	22
<i>acetaminophen/codeine</i>	44	<i>alprazolam</i>	46
<i>acetazolamide</i>	37	<i>altavera</i>	25
<i>acetazolamide er</i>	37	ALUNBRIG	57
<i>acetic acid</i>	43	<i>alyacen 1/35</i>	25
<i>acetic acid 0.25%</i>	24	<i>alyacen 7/7/7</i>	25
<i>acitretin</i>	20	<i>alyq</i>	40
ACTHIB	35	<i>amabelz</i>	25
ACTIMMUNE	32	<i>amantadine hcl</i>	64
<i>acyclovir</i>	22	<i>ambrisentan</i>	40
<i>acyclovir</i>	65	<i>amethia</i>	25
<i>acyclovir sodium</i>	65	<i>amethia lo</i>	25
ADACEL	35	<i>amethyst</i>	25
ADALIMUMAB-ADBM	33	<i>amikacin sulfate</i>	46
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	33	<i>amiloride hcl</i>	14
STARTER		<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
ADALIMUMAB-ADBM	33	AMINOSYN II	67
PSORIASIS/UEVITIS STARTER		AMINOSYN-PF	68
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	33	<i>amiodarone hydrochloride</i>	13
PACKAGE FOR CROHNS		<i>amitriptyline hcl</i>	52
DISEASE/UC/HS		<i>amitriptyline hydrochloride</i>	52
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	33	<i>amlodipine besylate</i>	11
PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS		<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	12
ADBRY	21	<i>hydrochloride</i>	
<i>adefovir dipivoxil</i>	66	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
ADEMPAS	40	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
ADTHYZA	30	<i>ammonium lactate</i>	21
ADVAIR HFA	39	<i>amnesteem</i>	20
<i>afirmelle</i>	25	<i>amoxapine</i>	53
AIMOVIG	9	<i>amoxicillin</i>	48
AKEEGA	56	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	48
ALA-CORT	21	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	48
		<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	17
		<i>amphotericin b</i>	55
		<i>amphotericin b liposome</i>	55
		<i>ampicillin</i>	48

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ampicillin sodium</i>	48	<i>aurovela 1.5/30</i>	25
<i>ampicillin/sulbactam</i>	48	<i>aurovela 1/20</i>	25
<i>ampicillin-sulbactam</i>	48	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	25
<i>anagrelide hydrochloride</i>	69	<i>aurovela fe 1/20</i>	25
<i>anastrozole</i>	57	AUSTEDO	18
ANORO ELLIPTA	39	AUSTEDO XR	18
<i>aprepitant</i>	54	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	18
APTIOM	51	KIT	
APTIVUS	63	AUVELITY	52
AREXVY	35	<i>aviane</i>	25
<i>arformoterol tartrate</i>	42	AVONEX	16
ARIKAYCE	46	AVONEX PEN	16
<i>aripiprazole</i>	62	<i>ayuna</i>	25
<i>aripiprazole odt</i>	62	AYVAKIT	57
ARISTADA	62	<i>azathioprine</i>	33
ARISTADA INITIO	62	<i>azelaic acid</i>	20
<i>armodafinil</i>	19	<i>azelastine hcl</i>	36
ARMOUR THYROID	30	<i>azelastine hcl</i>	41
ARNUITY ELLIPTA	41	<i>azelastine hydrochloride</i>	41
<i>asenapine maleate sl</i>	62	<i>azithromycin</i>	49
<i>ashlyna</i>	25	<i>aztreonam</i>	46
ASMANEX HFA	41	<i>azurette</i>	25
ASMANEX TWISTHALER 120	41	<i>bacitracin</i>	37
METERED DOSES		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	37
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	41	<i>baclofen</i>	9
DOSES		<i>balsalazide disodium</i>	15
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	41	BALVERSA	57
DOSES		<i>balziva</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	41	BAQSIMI ONE PACK	71
DOSES		BAQSIMI TWO PACK	71
<i>aspirin/dipyridamole</i>	68	BARACLUDGE	66
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	68	<i>bcg vaccine</i>	35
ASTAGRAF XL	33	BD INSULIN SYRINGE	42
<i>atazanavir</i>	63	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atazanavir sulfate</i>	63	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	42
<i>atenolol</i>	10	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>	13	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>atovaquone</i>	61	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	43
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	61	FINE/29G X 12.7MM	
<i>atropine sulfate</i>	37	<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	43
ATROVENT HFA	41	<i>6mm</i>	
<i>aubra eq</i>	25	<i>bekyree</i>	26
AUGMENTIN	48	BELSOMRA	19
AUGTYRO	57	<i>benazepril hcl</i>	14

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>benazepril hydrochloride</i>	14	<i>buprenorphine hcl</i>	39
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	39
<b>BENLYSTA</b>	31	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	39
<i>benznidazole</i>	61	<i>bupropion hcl</i>	52
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>bupropion hydrochloride</i>	52
<b>BESIVANCE</b>	37	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	38
<b>BESREMI</b>	32	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	52
<i>betaine anhydrous</i>	72	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	52
<i>betamethasone dipropionate</i>	21	<i>bupirone hcl</i>	46
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	21	<i>bupirone hydrochloride</i>	46
<i>betamethasone valerate</i>	21	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	19
<b>BETASERON</b>	16	<b>BYDUREON BCISE</b>	70
<i>betaxolol hcl</i>	10	<b>BYETTA</b>	70
<i>betaxolol hcl</i>	36	<i>cabergoline</i>	31
<i>bethanechol chloride</i>	24	<b>CABLIVI</b>	68
<i>bexarotene</i>	61	<b>CABOMETYX</b>	57
<b>BEXSERO</b>	35	<i>calcipotriene</i>	20
<i>bicalutamide</i>	56	<i>calcitonin-salmon</i>	16
<b>BICILLIN L-A</b>	48	<i>calcitriol</i>	16
<b>BIKTARVY</b>	65	<i>calcium acetate</i>	67
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<b>CALQUENCE</b>	58
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>camila</i>	29
<b>BIVIGAM</b>	33	<i>camrese</i>	26
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	26	<i>camrese lo</i>	26
<i>blisovi fe 1/20</i>	26	<i>candesartan cilexetil</i>	12
<b>BOOSTRIX</b>	35	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
<b>BOSULIF</b>	57	<b>CAPLYTA</b>	62
<b>BRAFTOVI</b>	57	<b>CAPRELSA</b>	58
<b>BREO ELLIPTA</b>	39	<i>captopril</i>	14
<i>breyna</i>	39	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<b>BREZTRI AEROSPHERE</b>	39	<i>carbamazepine</i>	51
<i>briellyn</i>	26	<i>carbamazepine er</i>	51
<b>BRILINTA</b>	68	<i>carbidopa</i>	10
<b>BRIMONIDINE TARTRATE</b>	37	<i>carbidopa/levodopa</i>	10
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	37	<i>carbidopa/levodopa er</i>	10
<i>brinzolamide</i>	37	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10
<b>BRIVIACT</b>	51	<i>carglumic acid</i>	68
<i>bromfenac sodium</i>	38	<i>carteolol hcl</i>	36
<i>bromocriptine mesylate</i>	10	<i>cartia xt</i>	11
<b>BRONCHITOL</b>	39	<i>carvedilol</i>	11
<b>BRUKINSA</b>	57	<i>caspofungin acetate</i>	55
<i>budesonide</i>	16	<b>CAYSTON</b>	40
<i>budesonide</i>	41	<i>cefaclor</i>	47
<i>budesonide er</i>	15	<i>cefadroxil</i>	47
<i>bumetanide</i>	14	<b>CEFAZOLIN</b>	47
<i>buprenorphine</i>	44	<i>cefazolin sodium</i>	47

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>cefdinir</i>	47	CLENPIQ	23
<i>cefepime</i>	47	CLIMARA PRO	26
<i>cefepime hydrochloride</i>	47	<i>clindacin etz pledgets</i>	46
<i>cefixime</i>	47	<i>clindamycin hcl</i>	46
<i>cefotaxime sodium</i>	47	<i>clindamycin hydrochloride</i>	46
<i>cefotetan</i>	47	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	46
<i>cefoxitin sodium</i>	47	<i>clindamycin phosphate</i>	22
<i>cefpodoxime proxetil</i>	47	<i>clindamycin phosphate</i>	46
<i>cefprozil</i>	48	<i>clobazam</i>	50
<i>ceftazidime</i>	48	<i>clobetasol propionate</i>	21
<i>ceftazidime/dextrose</i>	48	<i>clobetasol propionate e</i>	21
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	<i>clomipramine hydrochloride</i>	53
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>clonazepam</i>	50
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>clonazepam odt</i>	50
<i>celecoxib</i>	45	<i>clonidine</i>	12
<i>cephalexin</i>	48	<i>clonidine hydrochloride</i>	12
CERDELGA	72	<i>clopidogrel</i>	68
<i>chateal</i>	26	<i>clorazepate dipotassium</i>	46
<i>chateal eq</i>	26	<i>clotrimazole</i>	55
CHEMET	67	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	20
<i>chlorhexidine gluconate</i>	19	CLOVIQUE	67
<i>chloroquine phosphate</i>	61	<i>clozapine</i>	62
<i>chlorpromazine hcl</i>	61	<i>clozapine odt</i>	62
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	61	COARTEM	61
<i>chlorthalidone</i>	14	<i>colchicine</i>	15
CHOLBAM	72	<i>colesevelam hydrochloride</i>	14
<i>cholestyramine</i>	14	<i>colestipol hcl</i>	14
<i>cholestyramine light</i>	14	<i>colistimethate sodium</i>	47
<i>ciclodan</i>	22	<i>colocort</i>	16
<i>ciclopirox</i>	22	COMBIGAN	37
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	22	COMBIVENT RESPIMAT	39
<i>ciclopirox olamine</i>	22	COMETRIQ	58
<i>cilostazol</i>	68	COMPLERA	65
CIMDUO	66	<i>compro</i>	54
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	16	<i>constulose</i>	22
CINRYZE	32	COPIKTRA	58
<i>ciprofloxacin</i>	49	<i>cortisone acetate</i>	30
<i>ciprofloxacin hcl</i>	49	COSENTYX	31
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	37	COSENTYX SENSOREADY PEN	31
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	49	COSENTYX UNOREADY	31
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	49	COTELLIC	58
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	43	CREON	72
<i>cisplatin</i>	56	<i>cromolyn sodium</i>	36
<i>citalopram hydrobromide</i>	53	<i>cromolyn sodium</i>	42
<i>claravis</i>	20	<i>cromolyn sodium</i>	72
<i>clarithromycin</i>	49	<i>cryselle-28</i>	26
<i>clarithromycin er</i>	49	CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	43

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
CUVITRU	33	DIACOMIT	50
<i>cyclafem 1/35</i>	26	<i>diazepam</i>	46
<i>cyclafem 7/7/7</i>	26	<i>diazepam intensol</i>	46
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	72	<i>diazepam rectal gel</i>	50
<i>cyclophosphamide</i>	56	<i>diazoxide</i>	71
<i>cycloserine</i>	54	<i>diclofenac potassium</i>	45
<i>cyclosporine</i>	33	<i>diclofenac sodium</i>	20
<i>cyclosporine</i>	37	<i>diclofenac sodium</i>	38
<i>cyclosporine modified</i>	33	<i>diclofenac sodium</i>	45
<i>cypheptadine hydrochloride</i>	41	<i>diclofenac sodium dr</i>	45
CYSTAGON	72	<i>diclofenac sodium er</i>	45
CYSTARAN	37	<i>dicloxacin sodium</i>	48
<i>dalfampridine er</i>	16	<i>dicyclomine hcl</i>	23
<i>danazol</i>	25	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	23
<i>dantrolene sodium</i>	9	DIFICID	49
<i>dapsone</i>	54	<i>diflunisal</i>	45
DAPTACEL	35	<i>digitek</i>	13
<i>daptomycin</i>	47	<i>digox</i>	13
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	47	<i>digoxin</i>	13
<i>darunavir</i>	63	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9
<i>dasatinib</i>	58	DILANTIN	51
<i>dasetta 1/35</i>	26	<i>diltiazem hcl</i>	11
<i>dasetta 7/7/7</i>	26	<i>diltiazem hcl cd</i>	11
DAURISMO	58	<i>diltiazem hcl er</i>	11
<i>daysee</i>	26	<i>diltiazem hydrochloride</i>	11
<i>deblitane</i>	29	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	11
<i>deferasirox</i>	67	<i>dilt-xr</i>	11
DELSTRIGO	65	<i>dimethyl fumarate</i>	16
<i>delyla</i>	26	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	16
<i>demeclocycline hcl</i>	49	<i>diphenhydramine hcl</i>	41
<i>demeclocycline hydrochloride</i>	49	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	41
DENG VAXIA	35	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	22
DEPO-SUBQ PROVERA 104	29	<i>sulfate</i>	
DESCOVY	66	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	35
<i>desipramine hydrochloride</i>	53	<i>pediatric</i>	
<i>desmopressin acetate</i>	24	<i>disulfiram</i>	39
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	26	<i>divalproex sodium</i>	50
<i>desonide</i>	21	<i>divalproex sodium dr</i>	50
<i>desoximetasone</i>	21	<i>divalproex sodium er</i>	50
<i>desvenlafaxine er</i>	53	<i>dofetilide</i>	13
<i>dexamethasone</i>	30	<i>dolishale</i>	26
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	38	<i>donepezil hcl</i>	9
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18	<i>donepezil hydrochloride</i>	9
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	18	DOPTELET	69
<i>dextrose 5%</i>	68	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	37
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	68	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	37
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	68	DOTTI	26

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
DOVATO	65	ENBREL	33
<i>doxazosin mesylate</i>	24	ENBREL MINI	33
<i>doxepin hcl</i>	53	ENBREL SURECLICK	33
<i>doxepin hydrochloride</i>	53	<i>endocet</i>	44
<i>doxy 100</i>	49	ENGERIX-B	35
<i>doxycycline</i>	49	<i>enilloring</i>	26
<i>doxycycline hyclate</i>	19	<i>enoxaparin sodium</i>	69
<i>doxycycline hyclate</i>	49	<i>enpresse-28</i>	26
<i>doxycycline monohydrate</i>	49	<i>entacapone</i>	10
DRIZALMA SPRINKLE	53	<i>entecavir</i>	66
<i>dronabinol</i>	54	ENTRESTO	12
DROXIA	56	<i>enulose</i>	22
<i>droxidopa</i>	12	ENVARSUS XR	33
DULERA	39	EPIDIOLEX	51
<i>duloxetine hydrochloride</i>	53	<i>epinephrine</i>	42
DUPIXENT	31	<i>epitol</i>	51
<i>dutasteride</i>	24	<i>eplerenone</i>	13
EASY COMFORT INSULIN	43	EPRONTIA	51
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>ergoloid mesylates</i>	9
<i>ec-naproxen</i>	45	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9
<i>econazole nitrate</i>	55	ERIVEDGE	58
EDARBI	13	ERLEADA	56
EDARBYCLOR	12	<i>erlotinib hydrochloride</i>	58
EDURANT	65	<i>errin</i>	29
<i>efavirenz</i>	65	<i>ertapenem</i>	48
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>ertapenem sodium</i>	48
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>ery</i>	22
<i>effe-k</i>	68	<i>erythromycin</i>	22
<i>elinest</i>	26	<i>erythromycin</i>	38
ELIQUIS	69	<i>erythromycin dr</i>	49
ELIQUIS STARTER PACK	69	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	20
ELLA	43	<i>escitalopram oxalate</i>	53
ELMIRON	24	<i>esomeprazole magnesium</i>	24
<i>eluryng</i>	26	<i>estarylla</i>	26
EMCYT	56	<i>estradiol</i>	26
EMGALITY	9	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	26
EMPAVELI	32	ESTRING	26
EMSAM	52	<i>eszopiclone</i>	19
<i>emtricitabine</i>	66	<i>ethambutol hydrochloride</i>	54
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<i>ethosuximide</i>	50
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	26
EMTRIVA	66	<i>etodolac</i>	45
<i>emzahh</i>	29	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	26
<i>enalapril maleate</i>	14	<i>etravirine</i>	65
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12	EUCRISA	21
		EUTHYROX	30
		<i>everolimus</i>	33

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>everolimus</i>	58	<i>fluorouracil</i>	20
EVOTAZ	63	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	53
EVRYSDI	72	<i>fluphenazine decanoate</i>	61
<i>exemestane</i>	57	<i>fluphenazine hcl</i>	61
EXKIVITY	58	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	61
<i>ezetimibe</i>	14	<i>flurbiprofen</i>	45
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	14	<i>flurbiprofen sodium</i>	38
FABRAZYME	72	<i>flutamide</i>	56
<i>falmina</i>	26	<i>fluticasone propionate</i>	21
<i>famciclovir</i>	65	<i>fluticasone propionate</i>	41
<i>famotidine</i>	23	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	39
FANAPT	62	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	39
FANAPT TITRATION PACK	62	<i>fluvastatin</i>	13
FARXIGA	15	<i>fluvastatin sodium er</i>	13
FARYDAK	58	<i>fluvoxamine maleate</i>	53
FASENRA	39	<i>fondaparinux sodium</i>	69
FASENRA PEN	39	<i>formoterol fumarate</i>	42
<i>fayosim</i>	26	FORTEO	16
<i>febuxostat</i>	15	<i>fosamprenavir calcium</i>	63
<i>felbamate</i>	51	<i>fosinopril sodium</i>	15
<i>felodipine er</i>	11	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>femynor</i>	26	FOTIVDA	58
<i>fenofibrate</i>	13	FRAGMIN	69
<i>fenofibrate micronized</i>	13	FRUZAQLA	58
<i>fenofibric acid dr</i>	13	<i>furosemide</i>	14
<i>fentanyl</i>	44	FUZEON	64
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	44	FYAVOLV	26
FETZIMA	53	FYCOMPA	51
FETZIMA TITRATION PACK	53	<i>gabapentin</i>	50
FINACEA	20	<i>galantamine hydrobromide</i>	9
<i>finasteride</i>	24	<i>galantamine hydrobromide er</i>	9
<i>fingolimod hydrochloride</i>	16	<i>gallifrey</i>	29
FINTEPLA	51	GAMASTAN	33
FIRMAGON	31	<i>ganciclovir</i>	64
FLAREX	38	GARDASIL 9	35
<i>flecainide acetate</i>	13	<i>gatifloxacin</i>	38
<i>fluconazole</i>	55	<i>gavilyte-c</i>	23
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	55	<i>gavilyte-g</i>	23
<i>flucytosine</i>	55	<i>gavilyte-h</i>	23
<i>fludrocortisone acetate</i>	30	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	23
<i>flunisolide</i>	41	GAVRETO	58
<i>fluocinolone acetonide</i>	21	<i>gefitinib</i>	58
<i>fluocinolone acetonide body</i>	21	GELNIQUE	24
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	21	<i>gemfibrozil</i>	13
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	21	GEMTESA	24
<i>fluocinonide</i>	21	<i>generlac</i>	22
<i>fluorometholone</i>	38	<i>gengraf</i>	33

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
GENOTROPIN	25	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	71
GENOTROPIN MINIQUICK	25	HUMALOG MIX 75/25	71
<i>gentak</i>	38	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	71
<i>gentamicin sulfate</i>	38	HUMATIN	46
<i>gentamicin sulfate</i>	46	HUMIRA	34
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	46	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	34
GENVOYA	65	DISEASE STARTER PACK	
GILOTRIF	58	HUMIRA PEN	34
<i>glatiramer acetate</i>	16	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	34
GLEOSTINE	56	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	34
<i>glimepiride</i>	70	STARTER PACK	
<i>glipizide</i>	70	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	34
<i>glipizide er</i>	70	HUMULIN 70/30	71
<i>glipizide xl</i>	70	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	71
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	70	HUMULIN N	71
<i>glucagon emergency kit</i>	71	HUMULIN N KWIKPEN	71
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	71	HUMULIN R	71
<i>glyburide</i>	70	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	71
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	70	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	71
<i>glycopyrrolate</i>	23	<i>hydralazine hcl</i>	15
GLYXAMBI	70	<i>hydralazine hydrochloride</i>	15
<i>griseofulvin microsize</i>	55	<i>hydrochlorothiazide</i>	14
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	55	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	44
<i>guanfacine hydrochloride</i>	12	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	44
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18	<i>hydrocortisone</i>	16
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	71	<i>hydrocortisone</i>	21
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	71	<i>hydrocortisone</i>	30
GVOKE KIT	71	<i>hydrocortisone valerate</i>	21
GVOKE PFS	71	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	44
<i>hailey 1.5/30</i>	26	<i>hydromorphone hcl</i>	44
<i>hailey fe 1.5/30</i>	26	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	44
<i>hailey fe 1/20</i>	26	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	44
<i>halobetasol propionate</i>	21	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	61
<i>haloette</i>	26	<i>hydroxyurea</i>	56
<i>haloperidol</i>	61	<i>hydroxyzine hcl</i>	41
<i>haloperidol decanoate</i>	61	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	41
<i>haloperidol lactate</i>	61	<i>hydroxyzine pamoate</i>	41
HAVRIX	35	HYPERHEP B	33
<i>heather</i>	29	<i>ibandronate sodium</i>	16
<i>heparin sodium</i>	69	IBRANCE	56
HEPLISAV-B	35	IBRANCE	58
HIBERIX	35	<i>ibu</i>	45
HIZENTRA	33	<i>ibuprofen</i>	45
HUMALOG	71	<i>icatibant acetate</i>	32
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	71	<i>iclevia</i>	26
HUMALOG KWIKPEN	71	ICLUSIG	58
HUMALOG MIX 50/50	71	<i>icosapent ethyl</i>	14

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
IDHIFA	58	<i>itraconazole</i>	55
IGALMI	38	<i>ivabradine hydrochloride</i>	12
ILEVRO	38	<i>ivermectin</i>	61
<i>imatinib mesylate</i>	58	IWILFIN	56
IMBRUVICA	58	IXCHIQ	35
<i>imipenem/cilastatin</i>	48	IXIARO	35
<i>imipramine hcl</i>	53	<i>jaimiess</i>	27
<i>imipramine hydrochloride</i>	53	JAKAFI	58
<i>imiquimod</i>	20	<i>jantoven</i>	69
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	35	JANUMET	70
IMPAVIDO	47	JANUMET XR	70
INBRIJA	10	JANUVIA	70
<i>incassia</i>	29	JARDIANCE	15
INCRELEX	25	JAYPIRCA	58
INCRUSE ELLIPTA	41	<i>jencycla</i>	29
<i>indapamide</i>	14	JENTADUETO	70
<i>indomethacin</i>	45	JENTADUETO XR	70
<i>indomethacin er</i>	45	<i>jinteli</i>	27
INFANRIX	35	<i>jolessa</i>	27
INFLECTRA	34	JUBLIA	55
INFLIXIMAB	34	JULUCA	65
INGREZZA	19	<i>junel 1.5/30</i>	27
INLYTA	58	<i>junel 1/20</i>	27
INQOVI	58	<i>junel fe 1.5/30</i>	27
INREBIC	56	<i>junel fe 1/20</i>	27
<i>insulin lispro</i>	71	JYLAMVO	34
INTELENCE	65	JYNNEOS	35
<i>introvale</i>	27	KALYDECO	40
INVEGA HAFYERA	62	<i>kariva</i>	27
INVEGA SUSTENNA	62	<i>kelnor 1/35</i>	27
INVEGA TRINZA	62	<i>kelnor 1/50</i>	27
IPOL INACTIVATED IPV	35	KERENDIA	13
<i>ipratropium bromide</i>	41	KESIMPTA	17
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	39	<i>ketoconazole</i>	55
<i>irbesartan</i>	13	<i>ketorolac tromethamine</i>	38
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>ketorolac tromethamine</i>	45
ISENTRESS	65	<i>kimidess</i>	27
ISENTRESS HD	65	KINERET	32
ISONIAZID	54	KINRIX	35
<i>isosorbide dinitrate</i>	15	<i>kionex</i>	67
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	12	KISQALI	59
<i>hydrochloride</i>		KISQALI FEMARA 200 DOSE	56
<i>isosorbide mononitrate</i>	15	KISQALI FEMARA 400 DOSE	56
<i>isosorbide mononitrate er</i>	15	KISQALI FEMARA 600 DOSE	56
<i>isotretinoin</i>	20	<i>klayesta</i>	55
<i>isradipine</i>	11	<i>klor-con</i>	68
ISTURISA	25	<i>klor-con 10</i>	68

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>klor-con 8</i>	68	LEUKERAN	56
<i>klor-con m10</i>	68	<i>leuprolide acetate</i>	31
<i>klor-con m15</i>	68	<i>levalbuterol</i>	42
<i>klor-con m20</i>	68	<i>levalbuterol hcl</i>	42
<i>klor-con sprinkle</i>	68	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	42
<i>klor-con/ef</i>	68	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	42
KOSELUGO	59	<i>levetiracetam</i>	52
<i>kourzeq</i>	20	<i>levetiracetam er</i>	52
KRAZATI	59	<i>levobunolol hcl</i>	36
<i>kurvelo</i>	27	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	41
<i>labetalol hydrochloride</i>	11	<i>levofloxacin</i>	38
<i>lacosamide</i>	51	<i>levofloxacin</i>	49
<i>lactulose</i>	22	<i>levofloxacin in d5w</i>	49
LAGEVRIO	66	<i>levonest</i>	27
<i>lamivudine</i>	66	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	27
<i>lamivudine</i>	66	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	27
<i>lamivudine/zidovudine</i>	66	<i>levora 0.15/30-28</i>	27
<i>lamotrigine</i>	51	LEVO-T	30
<i>lamotrigine er</i>	51	<i>levothyroxine sodium</i>	30
<i>lamotrigine odt</i>	51	LEVOXYL	30
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	51	LEXIVA	63
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	51	<i>l-glutamine</i>	72
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	51	LIBERVANT	50
<i>lansoprazole</i>	24	<i>lidocaine</i>	45
LANTUS	71	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	20
LANTUS SOLOSTAR	71	<i>lidocaine viscous</i>	20
<i>lapatinib ditosylate</i>	59	<i>lidocaine/prilocaine</i>	45
<i>larin 1.5/30</i>	27	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	45
<i>larin 1/20</i>	27	LILETTA	29
<i>larin fe 1.5/30</i>	27	<i>lillow</i>	27
<i>larin fe 1/20</i>	27	<i>linezolid</i>	47
<i>larissia</i>	27	LINZESS	22
<i>latanoprost</i>	38	<i>liothyronine sodium</i>	30
LAZCLUZE	56	<i>lisinopril</i>	15
<i>leflunomide</i>	34	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>lenalidomide</i>	56	<i>lithium</i>	38
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	59	<i>lithium carbonate</i>	38
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	59	<i>lithium carbonate er</i>	38
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	59	LIVMARLI	23
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	59	LIVTENCITY	64
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	59	<i>lojaimiess</i>	27
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	59	LOKELMA	67
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	59	LONSURF	57
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	59	<i>loperamide hcl</i>	22
<i>lessina</i>	27	<i>lopinavir/ritonavir</i>	63
<i>letrozole</i>	57	<i>lopreeza</i>	27
<i>leucovorin calcium</i>	57	<i>lorazepam</i>	46

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>lorazepam intensol</i>	46	<i>meloxicam</i>	45
LORBRENA	59	<i>memantine hcl titration pak</i>	9
<i>lorcet</i>	44	<i>memantine hydrochloride</i>	9
<i>lorcet hd</i>	44	<i>memantine hydrochloride er</i>	9
<i>lorcet plus</i>	44	MENACTRA	35
<i>losartan potassium</i>	13	MENEST	27
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12	MENQUADFI	35
LOTEMAX SM	38	MENVEO	35
<i>lovastatin</i>	14	<i>mercaptopurine</i>	56
<i>low-ogestrel</i>	27	<i>meropenem</i>	49
<i>loxapine</i>	62	<i>mesalamine</i>	15
<i>lubiprostone</i>	22	<i>mesalamine dr</i>	15
LUMAKRAS	59	<i>mesalamine er</i>	15
LUMIGAN	38	MESNEX	57
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	31	<i>metformin hydrochloride</i>	70
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	31	<i>metformin hydrochloride er</i>	70
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	31	<i>methadone hcl</i>	44
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	31	<i>methadone hydrochloride</i>	44
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	31	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	44
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	31	<i>methazolamide</i>	37
<i>lurasidone hydrochloride</i>	62	<i>methenamine hippurate</i>	47
<i>lutra</i>	27	<i>methimazole</i>	30
LYBALVI	62	<i>methocarbamol</i>	72
<i>lyleq</i>	29	<i>methotrexate</i>	34
<i>lyllana</i>	27	<i>methotrexate sodium</i>	34
LYNPARZA	59	<i>methsuximide</i>	50
LYSODREN	57	<i>methyl dopa</i>	12
LYTGOBI	59	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	18
LYUMJEV	71	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	18
LYUMJEV KWIKPEN	71	<i>methylprednisolone</i>	30
<i>lyza</i>	29	<i>methylprednisolone dose pack</i>	30
<i>magnesium sulfate</i>	68	<i>metoclopramide hcl</i>	23
<i>malathion</i>	22	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	23
<i>maraviroc</i>	64	<i>metolazone</i>	14
<i>marlissa</i>	27	<i>metoprolol succinate er</i>	11
MARPLAN	52	<i>metoprolol tartrate</i>	11
MATULANE	56	<i>metronidazole</i>	20
<i>matzim la</i>	11	<i>metronidazole</i>	47
MAVYRET	64	<i>metronidazole vaginal</i>	47
MAYZENT	17	<i>metyrosine</i>	12
MAYZENT STARTER PACK	17	<i>mexiletine hcl</i>	13
<i>meclizine hcl</i>	54	<i>microgestin 1.5/30</i>	27
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	29	<i>microgestin 1/20</i>	27
<i>mefloquine hcl</i>	61	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	27
<i>megestrol acetate</i>	29	<i>microgestin fe 1/20</i>	27
MEKINIST	59	<i>midodrine hcl</i>	12
MEKTOVI	59	<i>mifepristone</i>	31

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>miglustat</i>	72	<i>naratriptan hcl</i>	9
<i>mili</i>	27	NATACYN	38
<i>mimvey</i>	27	<i>nateglinide</i>	70
<i>mimvey lo</i>	27	NAYZILAM	52
<i>minocycline hcl</i>	49	<i>nebivolol</i>	11
<i>minocycline hydrochloride</i>	49	<i>nebivolol hydrochloride</i>	11
<i>minoxidil</i>	15	<i>necon 0.5/35-28</i>	28
<i>mirtazapine</i>	52	<i>necon 7/7/7</i>	28
<i>mirtazapine odt</i>	52	<i>nefazodone hydrochloride</i>	53
<i>misoprostol</i>	24	<i>neomycin sulfate</i>	46
M-M-R II	35	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	37
<i>modafinil</i>	19	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	37
<i>moexipril hcl</i>	15	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	37
<i>molindone hydrochloride</i>	62	<i>one</i>	
<i>mometasone furoate</i>	21	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	37
<i>mometasone furoate</i>	41	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	37
<i>mondoxyne nl</i>	50	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	44
<i>mono-lynyah</i>	27	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	44
<i>mononessa</i>	27	<i>neo-polycin</i>	37
<i>montelukast sodium</i>	41	<i>neo-polycin hc</i>	37
<i>morgidox 1x100mg</i>	50	NERLYNX	59
<i>morgidox 2x100mg</i>	50	NEULASTA	69
<i>morphine sulfate</i>	44	NEULASTA ONPRO KIT	69
<i>morphine sulfate er</i>	44	<i>nevirapine</i>	65
MOTEGRITY	23	<i>nevirapine er</i>	65
MOUNJARO	70	NEXLETOL	14
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	49	NEXLIZET	14
<i>hydrochloride</i>		NEXPLANON	29
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	38	<i>niacin er</i>	14
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	49	NICOTROL NS	38
MRESVIA	35	<i>nifedipine er</i>	11
MULTAQ	13	<i>nilutamide</i>	56
<i>mupirocin</i>	22	<i>nimodipine</i>	11
<i>mycophenolate mofetil</i>	34	NINLARO	59
<i>mycophenolic acid dr</i>	34	<i>nitazoxanide</i>	61
<i>myorisan</i>	20	<i>nitisinone</i>	72
MYRBETRIQ	24	NITRO-BID	15
<i>nabumetone</i>	45	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	47
<i>nadolol</i>	11	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	47
<i>naftcillin sodium</i>	48	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	47
<i>naloxone hcl</i>	39	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>naloxone hydrochloride</i>	39	<i>nitroglycerin</i>	23
<i>naltrexone hcl</i>	39	<i>nitroglycerin transdermal</i>	15
NAMZARIC	9	NIVA THYROID	30
<i>naproxen</i>	45	<i>nizatidine</i>	23
<i>naproxen dr</i>	45	<i>nora-be</i>	29
<i>naproxen sodium</i>	45	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	28

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>norethindrone</i>	29	<i>nyamyc</i>	55
<i>norethindrone acetate</i>	29	<i>nylia 1/35</i>	28
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	28	<i>nylia 7/7/7</i>	28
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	28	<i>nymyo</i>	28
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	28	<i>nystatin</i>	55
<i>norlyda</i>	29	<i>nystatin/triamcinolone</i>	20
<i>norlyroc</i>	29	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	20
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	28	<i>nystop</i>	55
<i>nortrel 1/35</i>	28	<i>octreotide acetate</i>	31
<i>nortrel 7/7/7</i>	28	<b>ODEFSEY</b>	66
<i>nortriptyline hcl</i>	53	<b>ODOMZO</b>	59
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	53	<b>OFEV</b>	40
<b>NORVIR</b>	63	<i>ofloxacin</i>	38
<b>NOVOLIN 70/30</b>	71	<i>ofloxacin</i>	44
<b>NOVOLIN 70/30 FLEXPEN</b>	71	<b>OGSIVEO</b>	57
<b>NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION</b>	71	<b>OJEMDA</b>	57
<b>NOVOLIN 70/30 RELION</b>	71	<b>OJJAARA</b>	59
<b>NOVOLIN N</b>	71	<i>olanzapine</i>	63
<b>NOVOLIN N FLEXPEN</b>	71	<i>olanzapine odt</i>	63
<b>NOVOLIN N FLEXPEN RELION</b>	71	<i>olmesartan medoxomil</i>	13
<b>NOVOLIN N RELION</b>	71	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12
<b>NOVOLIN R</b>	71	<i>olopatadine hcl</i>	36
<b>NOVOLIN R FLEXPEN</b>	71	<i>olopatadine hydrochloride</i>	36
<b>NOVOLIN R FLEXPEN RELION</b>	71	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14
<b>NOVOLIN R RELION</b>	71	<i>omeprazole</i>	24
<b>NOVOLOG</b>	71	<i>omeprazole dr</i>	24
<b>NOVOLOG FLEXPEN</b>	71	<b>OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT</b>	43
<b>NOVOLOG FLEXPEN RELION</b>	72	(GEN 5)	
<b>NOVOLOG MIX 70/30</b>	72	<b>OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)</b>	43
<b>NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED</b>	72	<b>OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)</b>	43
<b>FLEXPEN</b>		<b>OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)</b>	43
<b>NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED</b>	72	<b>OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6</b>	43
<b>FLEXPEN RELION</b>		<b>OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS</b>	43
<b>NOVOLOG MIX 70/30 RELION</b>	72	<b>OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER</b>	43
<b>NOVOLOG PENFILL</b>	72	KIT (GEN 3)	
<b>NOVOLOG RELION</b>	72	<b>OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)</b>	43
<i>np thyroid 120</i>	30	<b>OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)</b>	43
<i>np thyroid 15</i>	30	<b>OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)</b>	43
<i>np thyroid 30</i>	30	<b>OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)</b>	43
<i>np thyroid 60</i>	30	<b>OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY</b>	43
<i>np thyroid 90</i>	30	<b>OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY</b>	43
<b>NUBEQA</b>	56	<b>OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY</b>	43
<b>NUCALA</b>	40	<b>OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY</b>	43
<b>NUEDEXTA</b>	19	<b>OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY</b>	43
<b>NUPLAZID</b>	63	<b>OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY</b>	43
<b>NUTRILIPID</b>	43	<b>OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY</b>	43
		<i>ondansetron hcl</i>	54

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ondansetron hydrochloride</i>	54	PEDVAX HIB	35
<i>ondansetron odt</i>	54	<i>peg 3350/electrolytes</i>	23
ONUREG	57	<i>peg-3350/electrolytes</i>	23
OPSUMIT	40	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	23
OPVEE	39	PEGASYS	33
<i>oralone dental paste</i>	20	PEGASYS	34
ORENCIA	32	<i>pegylax</i>	23
ORENCIA	34	PEMAZYRE	59
ORENCIA CLICKJECT	32	PENBRAYA	35
ORENITRAM	40	<i>penicillamine</i>	67
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	40	<i>penicillin g sodium</i>	48
1		<i>penicillin v potassium</i>	48
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	40	PENTACEL	36
2		<i>pentamidine isethionate</i>	61
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	40	<i>pentoxifylline er</i>	12
3		<i>perindopril erbumine</i>	15
ORGOVYX	31	<i>perio gard</i>	20
ORKAMBI	40	<i>permethrin</i>	22
<i>orphenadrine citrate er</i>	72	<i>perphenazine</i>	62
ORSERDU	56	PERSERIS	63
<i>orsythia</i>	28	<i>phenadoz</i>	54
<i>oseltamivir phosphate</i>	64	<i>phenelzine sulfate</i>	52
OSMOLEX ER	10	<i>phenobarbital</i>	50
OSPHENA	25	PHENYTEK	51
OTEZLA	20	<i>phenytoin</i>	51
OTEZLA	32	<i>phenytoin infatabs</i>	51
<i>oxacillin sodium</i>	48	<i>phenytoin sodium extended</i>	51
<i>oxaprozin</i>	45	PHESGO	57
<i>oxcarbazepine</i>	51	<i>philith</i>	28
<i>oxybutynin chloride</i>	24	PIFELTRO	65
<i>oxybutynin chloride er</i>	24	<i>pilocarpine hcl</i>	37
<i>oxycodone hydrochloride</i>	44	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	20
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	45	<i>pimecrolimus</i>	22
OZEMPIC	70	<i>pimozide</i>	62
PACERONE	13	<i>pimtrea</i>	28
<i>paliperidone er</i>	63	<i>pindolol</i>	11
PANRETIN	61	<i>pioglitazone hcl</i>	70
<i>pantoprazole sodium</i>	24	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	70
<i>paricalcitol</i>	16	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	70
<i>paroex</i>	20	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	48
<i>paromomycin sulfate</i>	46	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	59
<i>paroxetine hcl</i>	53	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	59
<i>paroxetine hydrochloride</i>	53	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	59
PASER	55	<i>pirfenidone</i>	40
PAXLOVID	66	<i>pirmella 1/35</i>	28
<i>pazopanib hydrochloride</i>	59	<i>pirmella 7/7/7</i>	28
PEDIARIX	35	<i>piroxicam</i>	45

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>pitavastatin calcium</i>	14	<i>proctosol hc</i>	16
PLENAMINE	68	<i>proctozone-hc</i>	16
<i>podofilox</i>	20	<i>progesterone</i>	29
<i>polycin</i>	37	PROGRAF	34
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	37	PROLASTIN-C	72
POMALYST	56	PROLIA	16
<i>portia-28</i>	28	PROMACTA	69
<i>posaconazole</i>	55	<i>promethazine hcl</i>	54
<i>posaconazole dr</i>	55	<i>promethazine hydrochloride</i>	54
<i>potassium chloride</i>	68	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	54
<i>potassium chloride er</i>	68	<i>promethegan</i>	54
<i>potassium chloride sr</i>	68	<i>propafenone hcl</i>	13
<i>potassium citrate er</i>	68	<i>propafenone hydrochloride</i>	13
PRALUENT	14	<i>propafenone hydrochloride er</i>	13
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10	<i>propranolol hcl</i>	11
<i>prasugrel hydrochloride</i>	69	<i>propranolol hcl er</i>	11
<i>pravastatin sodium</i>	14	<i>propranolol hydrochloride</i>	11
<i>praziquantel</i>	61	<i>propranolol hydrochloride er</i>	11
<i>prazosin hydrochloride</i>	10	<i>propylthiouracil</i>	30
<i>prednisolone</i>	30	PROQUAD	36
<i>prednisolone acetate</i>	38	<i>protriptyline hcl</i>	53
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	30	PULMOZYME	40
<i>prednisone</i>	30	PURIXAN	56
<i>pregabalin</i>	50	<i>pyrazinamide</i>	55
PREHEVBRIO	36	<i>pyridostigmine bromide</i>	10
PREMARIN	28	<i>pyrimethamine</i>	61
<i>premium lidocaine</i>	46	PYRUKYND	72
PREMPHASE	28	PYRUKYND TAPER PACK	72
PREMPRO	28	QINLOCK	59
<i>prenatal</i>	68	QUADRACEL	36
<i>prevalite</i>	14	<i>quetiapine fumarate</i>	63
<i>previfem</i>	28	<i>quetiapine fumarate er</i>	63
PREVYMIS	64	<i>quinapril hydrochloride</i>	15
PREZCOBIX	64	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	12
PREZISTA	64	<i>quinidine sulfate</i>	13
PRIFTIN	55	<i>quinine sulfate</i>	61
<i>primaquine phosphate</i>	61	QULIPTA	10
<i>primidone</i>	50	QVAR REDIHALER	41
PRIORIX	36	RABAVERT	36
PRIVIGEN	33	<i>rabeprazole sodium</i>	24
PROAIR RESPICLICK	42	<i>raloxifene hydrochloride</i>	25
<i>probenecid</i>	15	<i>ramelteon</i>	19
<i>probenecid/colchicine</i>	15	<i>ramipril</i>	15
<i>prochlorperazine</i>	54	<i>ranolazine er</i>	12
<i>prochlorperazine maleate</i>	54	<i>rasagiline mesylate</i>	10
PROCRIT	69	RAYALDEE	16
<i>procto-med hc</i>	16	REBIF	17

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
REBIF REBIDOSE	17	<i>roweepra</i>	52
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17	<i>roweepra xr</i>	52
REBIF TITRATION PACK	17	ROZLYTREK	59
RECOMBIVAX HB	36	RUBRACA	60
RELENZA DISKHALER	64	<i>rufinamide</i>	51
RELISTOR	23	RUKOBIA	64
RENFLEXIS	34	RYBELSUS	70
<i>repaglinide</i>	70	RYDAPT	60
REPATHA	14	RYTARY	10
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14	<i>sajazir</i>	32
REPATHA SURECLICK	14	SANDIMMUNE	35
RESTASIS	37	SANTYL	20
RESTASIS MULTIDOSE	37	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	72
RETACRIT	69	SAVELLA	17
RETEVMO	59	SAVELLA TITRATION PACK	17
REVCIVI	72	SCEMBLIX	60
REXULTI	63	<i>scopolamine</i>	54
REYATAZ	64	SECUADO	63
REZLIDHIA	59	<i>selegiline hcl</i>	10
REZUROCK	34	<i>selenium sulfide</i>	22
RHOPRESSA	37	SELZENTRY	64
<i>ribavirin</i>	64	SEREVENT DISKUS	42
<i>rifabutin</i>	54	<i>sertraline hcl</i>	53
<i>rifampin</i>	55	<i>sertraline hydrochloride</i>	54
<i>riluzole</i>	19	<i>setlakin</i>	28
RINVOQ	32	<i>sevelamer carbonate</i>	67
RINVOQ LQ	32	SFROWASA	15
<i>risedronate sodium</i>	16	<i>sharobel</i>	29
<i>risperidone</i>	63	SHINGRIX	36
<i>risperidone er</i>	63	SIGNIFOR	31
<i>risperidone odt</i>	63	<i>sildenafil citrate</i>	40
<i>ritonavir</i>	64	<i>silodosin</i>	24
<i>rivastigmine tartrate</i>	9	<i>silver sulfadiazine</i>	20
<i>rivastigmine transdermal system</i>	9	SIMBRINZA	37
<i>rivelsa</i>	28	<i>simliya</i>	28
<i>rizatriptan benzoate</i>	9	<i>simpesse</i>	28
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9	<i>simvastatin</i>	14
ROCKLATAN	37	<i>sirolimus</i>	35
<i>roflumilast</i>	42	SIRTURO	55
ROLVEDON	69	SKYCLARYS	43
<i>ropinirole er</i>	10	SKYRIZI	32
<i>ropinirole hcl</i>	10	SKYRIZI PEN	32
<i>ropinirole hydrochloride</i>	10	<i>sodium chloride</i>	68
<i>rosadan</i>	20	<i>sodium chloride 0.45%</i>	68
<i>rosuvastatin calcium</i>	14	<i>sodium chloride 0.9%</i>	43
ROTARIX	36	<i>sodium oxybate</i>	19
ROTATEQ	36	<i>sodium phenylbutyrate</i>	72

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	67	<i>sumatriptan succinate</i>	9
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	23	<i>sunitinib malate</i>	60
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	64	SUNLENCA	64
<i>solifenacin succinate</i>	24	SUTAB	23
SOLQUA 100/33	70	SYMPAZAN	50
SOLTAMOX	56	SYMTUZA	64
SOMAVERT	31	SYNJARDY	70
<i>sorafenib</i>	60	SYNJARDY XR	70
<i>sorafenib tosylate</i>	60	SYNRIBO	57
<i>sorine</i>	13	SYNTHROID	30
<i>sotalol hcl</i>	13	TABLOID	56
<i>sotalol hydrochloride</i>	13	TABRECTA	60
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	13	<i>tacrolimus</i>	22
SOTYKTU	20	<i>tacrolimus</i>	35
SPEVIGO	22	<i>tadalafil</i>	24
SPIRIVA RESPIMAT	41	<i>tadalafil</i>	41
<i>spironolactone</i>	13	TAFINLAR	60
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	12	TAGRISSE	60
<i>sprintec 28</i>	28	TALZENNA	60
SPRITAM	52	<i>tamoxifen citrate</i>	56
SPRYCEL	60	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	24
SPS	67	<i>tarina fe 1/20</i>	28
<i>sronyx</i>	28	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	28
<i>ssd</i>	20	TASIGNA	60
STAMARIL	36	TAVNEOS	32
<i>stavudine</i>	66	<i>tazarotene</i>	21
STELARA	32	TAZICEF	48
STIOLTO RESPIMAT	40	<i>taztia xt</i>	11
STIVARGA	60	TAZVERIK	60
<i>streptomycin sulfate</i>	46	TDVAX	36
STRIBILD	65	TEFLARO	48
<i>subvenite</i>	52	TEGSEDI	73
<i>subvenite starter kit/blue</i>	52	<i>telmisartan</i>	13
<i>subvenite starter kit/green</i>	52	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>subvenite starter kit/orange</i>	52	<i>temazepam</i>	19
SUCRAID	72	TEMIXYS	66
<i>sucralfate</i>	24	TENIVAC	36
<i>sulfacetamide sodium</i>	38	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	66
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	37	TEPMETKO	60
<i>sulfadiazine</i>	49	<i>terazosin hcl</i>	24
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	49	<i>terazosin hydrochloride</i>	24
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	49	<i>terbinafine hcl</i>	55
<i>sulfasalazine</i>	15	<i>terconazole</i>	55
<i>sulindac</i>	45	<i>teriparatide</i>	16
<i>sumatriptan</i>	9	<i>testosterone</i>	25
		<i>testosterone cypionate</i>	25
		<i>testosterone enanthate</i>	25

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>testosterone pump</i>	25	<i>tranylcypramine sulfate</i>	52
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	36	<i>trazodone hydrochloride</i>	54
<i>tetrabenazine</i>	19	TRECATOR	55
<i>tetracycline hydrochloride</i>	50	TRELEGY ELLIPTA	40
TEVIMBRA	56	TRELSTAR MIXJECT	31
THALOMID	56	TRESIBA	72
<i>theophylline er</i>	42	TRESIBA FLEXTOUCH	72
<i>thioridazine hcl</i>	62	<i>tretinoin</i>	21
<i>thiothixene</i>	62	<i>tretinoin</i>	61
THYROID	30	<i>tri femynor</i>	28
<i>tiadylt er</i>	11	<i>triamcinolone acetamide</i>	22
<i>tiagabine hydrochloride</i>	50	<i>triamcinolone acetamide</i>	30
TIBSOVO	60	<i>triamcinolone acetamide dental paste</i>	20
TICOVAC	36	<i>triamterene</i>	14
<i>tigecycline</i>	47	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>timolol maleate</i>	10	<i>triderm</i>	22
<i>timolol maleate</i>	36	<i>trientine hydrochloride</i>	67
<i>tinidazole</i>	47	<i>tri-estarylla</i>	28
<i>tiotropium bromide</i>	41	<i>trifluoperazine hcl</i>	62
TIVICAY	65	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	62
TIVICAY PD	65	<i>trifluridine</i>	38
<i>tizanidine hcl</i>	9	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10
<i>tizanidine hydrochloride</i>	9	TRIJARDY XR	70
TOBI PODHALER	40	TRIKAFTA	40
TOBRADEX	37	<i>tri-linyah</i>	28
TOBRADEX ST	37	<i>trilyte</i>	23
<i>tobramycin</i>	38	<i>trimethoprim</i>	47
<i>tobramycin</i>	40	<i>tri-mili</i>	28
<i>tobramycin sulfate</i>	46	<i>trimipramine maleate</i>	53
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	37	<i>trinessa</i>	29
<i>tolterodine tartrate</i>	24	TRINTELLIX	54
<i>tolterodine tartrate er</i>	24	<i>tri-nymyo</i>	28
<i>topiramate</i>	52	<i>tri-previfem</i>	28
<i>topotecan hcl</i>	57	<i>tri-sprintec</i>	28
<i>topotecan hydrochloride</i>	57	TRIUMEQ	66
<i>toremifene citrate</i>	56	TRIUMEQ PD	66
<i>torpenz</i>	60	<i>trivora-28</i>	29
<i>torseamide</i>	14	<i>tri-vylibra</i>	29
TOUJEO MAX SOLOSTAR	72	TRIZIVIR	66
TOUJEO SOLOSTAR	72	<i>trospium chloride</i>	24
TRADJENTA	70	<i>trospium chloride er</i>	24
<i>tramadol hydrochloride</i>	45	TRULICITY	70
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	45	TRUMENBA	36
<i>trandolapril</i>	15	TRUQAP	60
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	12	TRUSELTIQ	57
<i>tranexamic acid</i>	68	TUKYSA	60
		<i>tulana</i>	29

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
TURALIO	60	<i>verapamil hydrochloride</i>	11
<i>turqoz</i>	29	<i>verapamil hydrochloride er</i>	11
TWINRIX	36	VERQUVO	15
TYBOST	64	VERSACLOZ	62
TYMLOS	16	VERZENIO	60
TYPHIM VI	36	V-GO 20	43
TYRVAYA	38	V-GO 30	43
UBRELVY	10	V-GO 40	43
UDENYCA	69	<i>vicodin hp</i>	45
UDENYCA ONBODY	69	<i>vienna</i>	29
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	43	<i>vigabatrin</i>	50
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	43	<i>vigadrone</i>	51
UNITHROID	30	VIGAFYDE	51
<i>urea</i>	20	<i>vigpoder</i>	51
<i>ursodiol</i>	23	<i>vilazodone hydrochloride</i>	54
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	65	<i>viorele</i>	29
VALCHLOR	56	VIRACEPT	64
<i>valganciclovir</i>	64	VIREAD	66
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	64	VISTOGARD	43
<i>valproic acid</i>	52	VITRAKVI	60
<i>valsartan</i>	13	VIVITROL	39
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	12	VIZIMPRO	60
VALTOCO 10 MG DOSE	50	VOCABRIA	65
VALTOCO 15 MG DOSE	50	<i>volnea</i>	29
VALTOCO 20 MG DOSE	50	VONJO	57
VALTOCO 5 MG DOSE	50	VORANIGO	57
<i>vancomycin hcl</i>	47	<i>voriconazole</i>	55
<i>vancomycin hydrochloride</i>	47	VOSEVI	65
VANFLYTA	60	VOWST	23
VAQTA	36	VRAYLAR	63
<i>varenicline starting month box</i>	39	VUMERITY	17
<i>varenicline tartrate</i>	39	<i>vyfemla</i>	29
VARIVAX	36	VYJUVEK	65
VAXCHORA	36	<i>vylibra</i>	29
VAXELIS	36	VYNDAMAX	12
VELPHORO	67	VYZULTA	38
VELTASSA	67	<i>warfarin sodium</i>	69
VENCLEXTA	60	WELIREG	73
VENCLEXTA STARTING PACK	60	<i>wera</i>	29
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	54	<i>wixela inhub</i>	40
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	54	XALKORI	60
VENTAVIS	41	XARELTO	69
VEOPOZ	32	XARELTO STARTER PACK	69
VEOZAH	19	XATMEP	35
<i>verapamil hcl</i>	11	XCOPRI	51
<i>verapamil hcl er</i>	11	XDEMVY	38
<i>verapamil hcl sr</i>	11	XELJANZ	32

ID de formulario: 25381, Versión: 8, Fecha efectiva: 01/01/2025

Ultima actualización: 09/17/2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
XELJANZ XR	32	ZELBORAF	61
XERMELO	22	<i>zenatane</i>	21
XGEVA	16	ZENPEP	73
XIFAXAN	23	ZEPOSIA	17
XIGDUO XR	70	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	17
XIIDRA	37	ZEPOSIA STARTER KIT	17
XOFLUZA	64	<i>zidovudine</i>	66
XOLAIR	32	<i>ziprasidone hcl</i>	63
XOLREMDI	69	<i>ziprasidone mesylate</i>	63
XOSPATA	60	ZIRGAN	38
XPOVIO	60	ZOKINVY	43
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	60	ZOLINZA	57
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	60	<i>zolmitriptan</i>	9
XTAMPZA ER	44	<i>zolpidem tartrate</i>	19
XTANDI	56	<i>zolpidem tartrate er</i>	19
<i>xulane</i>	29	ZONISADE	51
<i>yargesa</i>	73	<i>zonisamide</i>	51
YF-VAX	36	<i>zovia 1/35</i>	29
YUPELRI	42	<i>zovia 1/35e</i>	29
<i>yuvafem</i>	29	ZTALMY	51
<i>zafemy</i>	29	ZURZUVAE	52
<i>zafirlukast</i>	41	ZYDELIG	61
<i>zaleplon</i>	19	ZYKADIA	61
ZARXIO	69	ZYLET	37
ZEJULA	60	ZYPREXA RELPREVV	63

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

Este formulario se actualizó el 09/17/2024. 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 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](http://www.SeniorCarePlus.com).

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

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

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

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