



*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: 9

Este formulario se actualizó el 01/06/2025. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar [www.SeniorCarePlus.com](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 02/01/2025. 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 02/01/2025. 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:

- **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.
-

- 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.

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

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

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

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

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

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

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

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

## **Formulario de Senior Care Plus**

El formulario que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Senior Care Plus. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 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 antijaquecosos</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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
METHYLDOPA TABLET 250MG, 500MG	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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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>epplerenone</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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 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, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</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: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 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)

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<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>		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
<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>		
ACUTANE	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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
<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 acetanide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetanide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetanide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetanide 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>difenoxylate 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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	
<i>prucalopride</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
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>		

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<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>		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<b>Andrógenos</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>Estrógenos</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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
<b>CLIMARA PRO</b>	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	
<b>DOTTI</b>	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	
<b>ESTRING</b>	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	
<b>FYAVOLV</b>	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutera</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-lyyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<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>pimtreea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<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>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</b>		
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>		
<b>Agentes antitiroideos</b>		

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)</b>		
<b><i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i></b>		
<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>		
<b><i>Agentes inmunológicos, otros</i></b>		
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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sajazir</i>	5	PA
<b><i>Inmunoestimulantes</i></b>		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
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	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
PRIVIGEN	5	PA
<b><i>Inmunosupresores</i></b>		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(1 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UEVITIS 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/UEVITIS	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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 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
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	1	
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	1	
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	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	1	
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
RABAVERT	1	B/D
RECOMBIVAX HB	1	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VAXELIS	3	
YF-VAX	1	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<b>Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción</b>		
<b><i>Agentes para dejar de fumar</i></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)
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<b><i>Agentes que revierten los opioides</i></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><i>Dependencia de opioides</i></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><i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i></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><i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i></b>		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA	3	QL(32.1 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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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)

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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>		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
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)
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 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
V-GO 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	
<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>		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 2.5mg</i>	2	
<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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Anestésicos</b>		
<i>Anestésicos locales</i>		
<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
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<b>Ansiolíticos</b>		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</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>		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
<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)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</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)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>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	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
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 suspension, tablet</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg</i>	2	
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<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><i>Antidepresivos, otros</i></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	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<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/SNRIs (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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<b><i>Antimicobacterianos, otros</i></b>		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<b><i>Antituberculosos</i></b>		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<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><i>Antimicóticos</i></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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PURIXAN	5	
TABLOID	5	
<b><i>Antineoplásicos, otros</i></b>		
AKEEGA	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); 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
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
REVUFORJ	5	PA NSO
SYNRIBO	5	
TRUSELTIQ	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
<b><i>Complementos del tratamiento</i></b>		
MESNEX TABLET	5	
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<b><i>Inhibidores de enzimas</i></b>		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
<b><i>Inhibidores de la aromatasa, tercera generación</i></b>		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
<b><i>Inhibidores moleculares dirigidos</i></b>		
ALECENSA	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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
DANZITEN	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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
IMKELDI	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
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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX 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	5	PA NSO

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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 hydrochloride</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
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	
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
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 INJECTION	5	
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, 500mg</i>	2	B/D

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride solution 50mg/ml</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
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)
CABENUVA	5	
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)

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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 fumarate tablet 167mg; 250mg</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)

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride 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	
<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>		

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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>		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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 antihyperglucémicos</b>		
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 HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<b>Insulinas</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	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
TEGSEDI	5	PA
WELIREG	5	PA NSO
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

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

# Índice de Drogas

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>abacavir</i>	66
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	66
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	66
ABELCET	55
ABILIFY MAINTENA	62
<i>abiraterone acetate</i>	56
ABRYSVO	35
<i>acamprosate calcium dr</i>	39
<i>acarbose</i>	70
ACCUTANE	20
<i>acebutolol hcl</i>	10
<i>acebutolol hydrochloride</i>	10
<i>acetaminophen/codeine</i>	44
<i>acetazolamide</i>	37
<i>acetazolamide er</i>	37
<i>acetic acid</i>	44
<i>acetic acid 0.25%</i>	24
<i>acitretin</i>	20
ACTHIB	35
ACTIMMUNE	33
<i>acyclovir</i>	22
<i>acyclovir</i>	65
<i>acyclovir sodium</i>	65
ADACEL	35
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	33
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	33
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT	33
ADALIMUMAB-ADBM	33
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	33
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	33
PSORIASIS/UEVITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	33
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	33
PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS	
ADBRY	21
<i>adefovir dipivoxil</i>	67
ADEMPAS	40
ADTHYZA	30
ADVAIR HFA	39

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>afirmelle</i>	25
AIMOVIG	9
AIRSUPRA	39
AKEEGA	57
ALA-CORT	21
<i>albendazole</i>	61
<i>albuterol sulfate</i>	42
<i>albuterol sulfate hfa</i>	42
<i>alclometasone dipropionate</i>	21
ALCOHOL PREP PADS	43
ALECENSA	57
<i>alendronate sodium</i>	16
<i>alfuzosin hcl er</i>	24
ALINIA	61
<i>aliskiren</i>	12
<i>allopurinol</i>	15
<i>alose tron hydrochloride</i>	22
<i>alprazolam</i>	46
<i>altavera</i>	25
ALUNBRIG	58
<i>alyacen 1/35</i>	25
<i>alyacen 7/7/7</i>	25
<i>alyq</i>	40
<i>amabelz</i>	25
<i>amantadine hcl</i>	65
<i>ambrisentan</i>	40
<i>amethia</i>	25
<i>amethia lo</i>	25
<i>amethyst</i>	25
<i>amikacin sulfate</i>	46
<i>amiloride hcl</i>	14
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
AMINOSYN II	68
AMINOSYN-PF	68
<i>amiodarone hydrochloride</i>	13
<i>amitriptyline hcl</i>	53
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	53
<i>amlodipine besylate</i>	11
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	12
<i>hydrochloride</i>	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>ammonium lactate</i>	21
<i>amnesteem</i>	20
<i>amoxapine</i>	53
<i>amoxicillin</i>	48

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	48	<i>atovaquone</i>	61
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	48	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	61
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	17	<i>atropine sulfate</i>	37
<i>amphotericin b</i>	55	ATROVENT HFA	41
<i>amphotericin b liposome</i>	55	<i>aubra eq</i>	25
<i>ampicillin</i>	48	AUGMENTIN	48
<i>ampicillin sodium</i>	48	AUGTYRO	58
<i>ampicillin/sulbactam</i>	48	<i>aurovela 1.5/30</i>	25
<i>ampicillin-sulbactam</i>	48	<i>aurovela 1/20</i>	25
<i>anagrelide hydrochloride</i>	70	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	26
<i>anastrozole</i>	57	<i>aurovela fe 1/20</i>	26
ANORO ELLIPTA	39	AUSTEDO	18
<i>aprepitant</i>	54	AUSTEDO XR	18
APTIOM	51	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	18
APTIVUS	64	KIT	
AREXVY	35	AUVELITY	52
<i>arformoterol tartrate</i>	42	<i>aviane</i>	26
ARIKAYCE	46	AVONEX	16
<i>aripiprazole</i>	62	AVONEX PEN	16
<i>aripiprazole odt</i>	62	<i>ayuna</i>	26
ARISTADA	62	AYVAKIT	58
ARISTADA INITIO	62	<i>azathioprine</i>	33
<i>armodafinil</i>	19	<i>azelaic acid</i>	20
ARMOUR THYROID	30	<i>azelastine hcl</i>	36
ARNUITY ELLIPTA	41	<i>azelastine hcl</i>	41
<i>asenapine maleate sl</i>	63	<i>azelastine hydrochloride</i>	41
<i>ashlyna</i>	25	<i>azithromycin</i>	49
ASMANEX HFA	41	<i>aztreonam</i>	47
ASMANEX TWISTHALER 120	41	<i>azurette</i>	26
METERED DOSES		<i>bacitracin</i>	38
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	41	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	37
DOSES		<i>baclofen</i>	9
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	41	<i>balsalazide disodium</i>	15
DOSES		BALVERSA	58
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	41	<i>balziva</i>	26
DOSES		BAQSIMI ONE PACK	71
<i>aspirin/dipyridamole</i>	69	BAQSIMI TWO PACK	71
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	69	BARACLUDGE	67
ASTAGRAF XL	33	<i>bcg vaccine</i>	35
<i>atazanavir</i>	64	BD INSULIN SYRINGE	43
<i>atazanavir sulfate</i>	64	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atenolol</i>	10	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	43
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atomoxetine</i>	18	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	43
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atorvastatin calcium</i>	13		

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	43	BRIVIACT	51
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	43	<i>bromfenac sodium</i>	38
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	43	<i>bromocriptine mesylate</i>	10
<i>bekyree</i>	26	BRONCHITOL	39
BELSOMRA	19	BRUKINSA	58
<i>benazepril hcl</i>	14	<i>budesonide</i>	16
<i>benazepril hydrochloride</i>	14	<i>budesonide</i>	41
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>budesonide er</i>	15
BENLYSTA	31	<i>bumetanide</i>	14
<i>benznidazole</i>	61	<i>buprenorphine</i>	44
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>buprenorphine hcl</i>	39
BESIVANCE	38	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	39
BESREMI	33	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	39
<i>betaine anhydrous</i>	72	<i>bupropion hcl</i>	52
<i>betamethasone dipropionate</i>	21	<i>bupropion hydrochloride</i>	52
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	21	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	39
<i>betamethasone valerate</i>	21	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	52
BETASERON	16	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	52
<i>betaxolol hcl</i>	10	<i>bupirone hcl</i>	46
<i>betaxolol hcl</i>	37	<i>bupirone hydrochloride</i>	46
<i>bethanechol chloride</i>	24	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	19
<i>bexarotene</i>	61	BYDUREON BCISE	70
BEXSERO	35	BYETTA	70
<i>bicalutamide</i>	56	CABENUVA	65
BICILLIN L-A	48	<i>cabergoline</i>	31
BIKTARVY	65	CABLIVI	69
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	CABOMETYX	58
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>calcipotriene</i>	20
BIVIGAM	33	<i>calcitonin-salmon</i>	16
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	26	<i>calcitriol</i>	16
<i>blisovi fe 1/20</i>	26	<i>calcium acetate</i>	67
BOOSTRIX	35	CALQUENCE	58
BOSULIF	58	<i>camila</i>	29
BRAFTOVI	58	<i>camrese</i>	26
BREO ELLIPTA	39	<i>camrese lo</i>	26
<i>breyina</i>	39	<i>candesartan cilexetil</i>	12
BREZTRI AEROSPHERE	39	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>briellyn</i>	26	CAPLYTA	63
BRILINTA	69	CAPRELSA	58
BRIMONIDINE TARTRATE	37	<i>captopril</i>	14
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	37	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>brinzolamide</i>	37	<i>carbamazepine</i>	51
		<i>carbamazepine er</i>	51
		<i>carbidopa</i>	10
		<i>carbidopa/levodopa</i>	10

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>carbidopa/levodopa er</i>	10	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	16
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10	<b>CINRYZE</b>	32
<i>carglumic acid</i>	68	<i>ciprofloxacin</i>	49
<i>carteolol hcl</i>	37	<i>ciprofloxacin hcl</i>	49
<i>cartia xt</i>	11	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	38
<i>carvedilol</i>	11	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	49
<i>caspofungin acetate</i>	55	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	49
<b>CAYSTON</b>	40	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	44
<i>cefaclor</i>	47	<i>cisplatin</i>	56
<i>cefadroxil</i>	47	<i>citalopram hydrobromide</i>	53
<b>CEFAZOLIN</b>	47	<i>claravis</i>	20
<i>cefazolin sodium</i>	47	<i>clarithromycin</i>	49
<i>cefdinir</i>	47	<i>clarithromycin er</i>	49
<i>cefepime</i>	48	<b>CLENPIQ</b>	23
<i>cefepime hydrochloride</i>	48	<b>CLIMARA PRO</b>	26
<i>cefixime</i>	48	<i>clindacin etz pledgets</i>	47
<i>cefotaxime sodium</i>	48	<i>clindamycin hcl</i>	47
<i>cefotetan</i>	48	<i>clindamycin hydrochloride</i>	47
<i>cefoxitin sodium</i>	48	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	47
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	22
<i>cefprozil</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	47
<i>ceftazidime</i>	48	<i>clobazam</i>	50
<i>ceftazidime/dextrose</i>	48	<i>clobetasol propionate</i>	21
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	<i>clobetasol propionate e</i>	21
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>clomipramine hydrochloride</i>	53
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>clonazepam</i>	50
<i>celecoxib</i>	45	<i>clonazepam odt</i>	50
<i>cephalexin</i>	48	<i>clonidine</i>	12
<b>CERDELGA</b>	72	<i>clonidine hydrochloride</i>	12
<i>chateal</i>	26	<i>clopidogrel</i>	69
<i>chateal eq</i>	26	<i>clorazepate dipotassium</i>	46
<b>CHEMET</b>	67	<i>clotrimazole</i>	55
<i>chlorhexidine gluconate</i>	20	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	20
<i>chloroquine phosphate</i>	61	<b>CLOVIQUE</b>	67
<i>chlorpromazine hcl</i>	62	<i>clozapine</i>	62
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	62	<i>clozapine odt</i>	62
<i>chlorthalidone</i>	14	<b>COARTEM</b>	61
<b>CHOLBAM</b>	72	<b>COBENFY</b>	19
<i>cholestyramine</i>	14	<b>COBENFY STARTER PACK</b>	19
<i>cholestyramine light</i>	14	<i>colchicine</i>	15
<i>ciclodan</i>	22	<i>colesevelam hydrochloride</i>	14
<i>ciclopirox</i>	22	<i>colestipol hcl</i>	14
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	22	<i>colistimethate sodium</i>	47
<i>ciclopirox olamine</i>	22	<i>colocort</i>	16
<i>cilostazol</i>	69	<b>COMBIGAN</b>	37
<b>CIMDUO</b>	66	<b>COMBIVENT RESPIMAT</b>	39

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
COMETRIQ	58	<i>demeclocycline hcl</i>	49
COMPLERA	66	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	49
<i>compro</i>	54	DENGVAXIA	35
<i>constulose</i>	22	DEPO-SUBQ PROVERA 104	29
COPIKTRA	58	DESCOVY	66
<i>cortisone acetate</i>	30	<i>desipramine hydrochloride</i>	53
COSENTYX	31	<i>desmopressin acetate</i>	25
COSENTYX SENSOREADY PEN	31	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	26
COSENTYX UNOREADY	31	<i>desonide</i>	21
COTELLIC	58	<i>desoximetasone</i>	21
CREON	73	<i>desvenlafaxine er</i>	53
<i>cromolyn sodium</i>	36	<i>dexamethasone</i>	30
<i>cromolyn sodium</i>	42	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	38
<i>cromolyn sodium</i>	73	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18
<i>cryselle-28</i>	26	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	18
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	43	<i>dextrose 5%</i>	68
CUVITRU	33	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	68
<i>cyclafem 1/35</i>	26	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	68
<i>cyclafem 7/7/7</i>	26	DIACOMIT	50
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	72	<i>diazepam</i>	46
<i>cyclophosphamide</i>	56	<i>diazepam intensol</i>	46
<i>cycloserine</i>	55	<i>diazepam rectal gel</i>	50
<i>cyclosporine</i>	34	<i>diazoxide</i>	71
<i>cyclosporine</i>	37	<i>diclofenac potassium</i>	45
<i>cyclosporine modified</i>	33	<i>diclofenac sodium</i>	20
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	41	<i>diclofenac sodium</i>	38
CYSTAGON	73	<i>diclofenac sodium</i>	45
CYSTARAN	37	<i>diclofenac sodium dr</i>	45
<i>dalfampridine er</i>	16	<i>diclofenac sodium er</i>	45
<i>danazol</i>	25	<i>dicloxacillin sodium</i>	48
<i>dantrolene sodium</i>	9	<i>dicyclomine hcl</i>	24
DANZITEN	58	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	24
<i>dapsone</i>	55	DIFICID	49
DAPTACEL	35	<i>diflunisal</i>	45
<i>daptomycin</i>	47	<i>digitek</i>	13
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	47	<i>digox</i>	13
<i>darunavir</i>	64	<i>digoxin</i>	13
<i>dasatinib</i>	58	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9
<i>dasetta 1/35</i>	26	DILANTIN	51
<i>dasetta 7/7/7</i>	26	<i>diltiazem hcl</i>	11
DAURISMO	58	<i>diltiazem hcl cd</i>	11
<i>daysee</i>	26	<i>diltiazem hcl er</i>	11
<i>deblitane</i>	29	<i>diltiazem hydrochloride</i>	11
<i>deferasirox</i>	67	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	11
DELSTRIGO	66	<i>dilt-xr</i>	11
<i>delyla</i>	26	<i>dimethyl fumarate</i>	16

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	16	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66
<i>diphenhydramine hcl</i>	41	<i>effer-k</i>	68
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	41	<i>elinst</i>	26
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	22	<b>ELIQUIS</b>	69
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	35	<b>ELIQUIS STARTER PACK</b>	69
<i>disulfiram</i>	39	<b>ELLA</b>	43
<i>divalproex sodium dr</i>	50	<b>ELMIRON</b>	24
<i>divalproex sodium er</i>	50	<i>eluryng</i>	26
<i>dofetilide</i>	13	<b>EMCYT</b>	56
<i>dolishale</i>	26	<b>EMGALITY</b>	9
<i>donepezil hcl</i>	9	<b>EMPAVELI</b>	32
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	<b>EMSAM</b>	53
<b>DOPTELET</b>	69	<i>emtricitabine</i>	66
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	37	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 167mg; 250mg</i>	66
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	37	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66
<b>DOTTI</b>	26	<b>EMTRIVA</b>	66
<b>DOVATO</b>	65	<i>emzahh</i>	29
<i>doxazosin mesylate</i>	24	<i>enalapril maleate</i>	14
<i>doxepin hcl</i>	53	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>doxepin hydrochloride</i>	53	<b>ENBREL</b>	34
<i>doxy 100</i>	49	<b>ENBREL MINI</b>	34
<i>doxycycline</i>	50	<b>ENBREL SURECLICK</b>	34
<i>doxycycline hyclate</i>	20	<i>endocet</i>	44
<i>doxycycline hyclate</i>	50	<b>ENGERIX-B</b>	35
<i>doxycycline monohydrate</i>	50	<i>enilloring</i>	26
<b>DRIZALMA SPRINKLE</b>	53	<i>enoxaparin sodium</i>	69
<i>dronabinol</i>	54	<i>enpresse-28</i>	26
<b>DROXIA</b>	56	<i>entacapone</i>	10
<i>droxidopa</i>	12	<i>entecavir</i>	67
<b>DULERA</b>	39	<b>ENTRESTO</b>	12
<i>duloxetine hydrochloride</i>	53	<i>enulose</i>	22
<b>DUPIXENT</b>	32	<b>ENVARBUS XR</b>	34
<i>dutasteride</i>	24	<b>EPIDIOLEX</b>	51
<b>EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"</b>	43	<i>epinephrine</i>	42
<i>ec-naproxen</i>	45	<i>epitol</i>	51
<i>econazole nitrate</i>	55	<i>eplerenone</i>	13
<b>EDARBI</b>	13	<b>EPRONTIA</b>	51
<b>EDARBYCLOR</b>	12	<i>ergoloid mesylates</i>	9
<b>EDURANT</b>	66	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9
<i>efavirenz</i>	66	<b>ERIVEDGE</b>	58
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	66	<b>ERLEADA</b>	56
		<i>erlotinib hydrochloride</i>	58
		<i>errin</i>	29
		<i>ertapenem</i>	49

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ertapenem sodium</i>	49	<i>fenofibric acid dr</i>	13
<i>ery</i>	22	<i>fentanyl</i>	44
<i>erythromycin</i>	22	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	44
<i>erythromycin</i>	38	FETZIMA	53
<i>erythromycin dr</i>	49	FETZIMA TITRATION PACK	54
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	20	FINACEA	20
<i>escitalopram oxalate</i>	53	<i>finasteride</i>	24
<i>esomeprazole magnesium</i>	24	<i>fingolimod hydrochloride</i>	16
<i>estarylla</i>	26	FINTEPLA	51
<i>estradiol</i>	26	FIRMAGON	31
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	26	FLAREX	38
ESTRING	26	<i>flecainide acetate</i>	13
<i>eszopiclone</i>	19	<i>fluconazole</i>	55
<i>ethambutol hydrochloride</i>	55	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	55
<i>ethosuximide</i>	50	<i>flucytosine</i>	55
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	26	<i>fludrocortisone acetate</i>	30
<i>etodolac</i>	45	<i>flunisolide</i>	41
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	26	<i>fluocinolone acetonide</i>	21
<i>etravirine</i>	66	<i>fluocinolone acetonide body</i>	21
EUCRISA	21	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	21
EUTHYROX	30	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	21
<i>everolimus</i>	34	<i>fluocinonide</i>	21
<i>everolimus</i>	58	<i>fluorometholone</i>	38
EVOTAZ	64	<i>fluorouracil</i>	20
EVRYSDI	73	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	54
<i>exemestane</i>	57	<i>fluphenazine decanoate</i>	62
EXKIVITY	58	<i>fluphenazine hcl</i>	62
<i>ezetimibe</i>	14	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	62
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	14	<i>flurbiprofen</i>	45
FABRAZYME	73	<i>flurbiprofen sodium</i>	38
<i>falmina</i>	26	<i>flutamide</i>	56
<i>famciclovir</i>	65	<i>fluticasone propionate</i>	21
<i>famotidine</i>	23	<i>fluticasone propionate</i>	41
FANAPT	63	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	40
FANAPT TITRATION PACK	63	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	40
FARXIGA	15	<i>fluvastatin</i>	13
FARYDAK	58	<i>fluvastatin sodium er</i>	13
FASENRA	40	<i>fluvoxamine maleate</i>	54
FASENRA PEN	40	<i>fondaparinux sodium</i>	69
<i>fayosim</i>	26	<i>formoterol fumarate</i>	42
<i>febuxostat</i>	15	FORTEO	16
<i>felbamate</i>	51	<i>fosamprenavir calcium</i>	64
<i>felodipine er</i>	11	<i>fosinopril sodium</i>	15
<i>femynor</i>	26	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>fenofibrate</i>	13	FOTIVDA	58
<i>fenofibrate micronized</i>	13	FRAGMIN	69

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
FRUZAQLA	58	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	55
<i>furosemide</i>	14	<i>guanfacine hydrochloride</i>	12
FUZEON	64	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18
FYAVOLV	26	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	71
FYCOMPA	51	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	71
<i>gabapentin</i>	50	GVOKE KIT	71
<i>galantamine hydrobromide</i>	9	GVOKE PFS	71
<i>galantamine hydrobromide er</i>	9	<i>hailey 1.5/30</i>	27
<i>gallifrey</i>	29	<i>hailey fe 1.5/30</i>	27
GAMASTAN	33	<i>hailey fe 1/20</i>	27
<i>ganciclovir</i>	64	<i>halobetasol propionate</i>	21
GARDASIL 9	35	<i>haloette</i>	27
<i>gatifloxacin</i>	38	<i>haloperidol</i>	62
<i>gavilyte-c</i>	23	<i>haloperidol decanoate</i>	62
<i>gavilyte-g</i>	23	<i>haloperidol lactate</i>	62
<i>gavilyte-h</i>	23	HAVRIX	35
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	23	<i>heather</i>	29
GAVRETO	58	<i>heparin sodium</i>	69
<i>gefitinib</i>	58	HEPLISAV-B	35
GELNIQUE	24	HIBERIX	35
<i>gemfibrozil</i>	13	HIZENTRA	33
GEMTESA	24	HUMALOG	71
<i>generlac</i>	23	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	71
<i>engraf</i>	34	HUMALOG KWIKPEN	71
GENOTROPIN	25	HUMALOG MIX 50/50	71
GENOTROPIN MINIQUICK	25	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	71
<i>gentak</i>	38	HUMALOG MIX 75/25	71
<i>gentamicin sulfate</i>	38	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	71
<i>gentamicin sulfate</i>	46	HUMATIN	46
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	46	HUMIRA	34
GENVOYA	65	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	34
GILOTRIF	58	DISEASE STARTER PACK	
<i>glatiramer acetate</i>	16	HUMIRA PEN	34
GLEOSTINE	56	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	34
<i>glimepiride</i>	70	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	34
<i>glipizide</i>	70	STARTER PACK	
<i>glipizide er</i>	70	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	34
<i>glipizide xl</i>	70	HUMULIN 70/30	71
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	70	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	71
<i>glucagon emergency kit</i>	71	HUMULIN N	71
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	71	HUMULIN N KWIKPEN	71
<i>glyburide</i>	70	HUMULIN R	71
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	70	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	71
<i>glycopyrrolate</i>	24	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	72
GLYXAMBI	70	<i>hydralazine hcl</i>	15
<i>griseofulvin microsize</i>	55	<i>hydralazine hydrochloride</i>	15

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>hydrochlorothiazide</i>	14	INFLECTRA	34
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	44	INFLIXIMAB	34
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	44	INGREZZA	19
<i>hydrocortisone</i>	16	INLYTA	59
<i>hydrocortisone</i>	21	INQOVI	59
<i>hydrocortisone</i>	30	INREBIC	57
<i>hydrocortisone valerate</i>	21	<i>insulin lispro</i>	72
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	44	INTELENCE	66
<i>hydromorphone hcl</i>	44	<i>introvale</i>	27
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	45	INVEGA HAFYERA	63
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	44	INVEGA SUSTENNA	63
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	61	INVEGA TRINZA	63
<i>hydroxyurea</i>	56	IPOL INACTIVATED IPV	35
<i>hydroxyzine hcl</i>	41	<i>ipratropium bromide</i>	42
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	41	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	40
<i>hydroxyzine pamoate</i>	41	<i>irbesartan</i>	13
HYPERHEP B	33	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>ibandronate sodium</i>	16	ISENTRESS	65
IBRANCE	57	ISENTRESS HD	65
IBRANCE	58	ISONIAZID	55
<i>ibu</i>	45	<i>isosorbide dinitrate</i>	15
<i>ibuprofen</i>	45	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	12
<i>icatibant acetate</i>	32	<i>hydrochloride</i>	
<i>iclevia</i>	27	<i>isosorbide mononitrate</i>	15
ICLUSIG	58	<i>isosorbide mononitrate er</i>	15
<i>icosapent ethyl</i>	14	<i>isotretinoin</i>	20
IDHIFA	59	<i>isradipine</i>	11
IGALMI	38	ISTURISA	25
ILEVRO	38	ITOVEBI	57
<i>imatinib mesylate</i>	59	<i>itraconazole</i>	55
IMBRUVICA	59	<i>ivabradine hydrochloride</i>	12
<i>imipenem/cilastatin</i>	49	<i>ivermectin</i>	61
<i>imipramine hcl</i>	53	IWILFIN	57
<i>imipramine hydrochloride</i>	53	IXCHIQ	35
<i>imiquimod</i>	20	IXIARO	35
IMKELDI	59	<i>jaimiess</i>	27
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	35	JAKAFI	59
IMPAVIDO	47	<i>jantoven</i>	69
INBRIJA	10	JANUMET	70
<i>incassia</i>	29	JANUMET XR	70
INCRELEX	25	JANUVIA	70
INCRUSE ELLIPTA	42	JARDIANCE	15
<i>indapamide</i>	14	JAYPIRCA	59
<i>indomethacin</i>	45	<i>jencycla</i>	29
<i>indomethacin er</i>	45	JENTADUETO	70
INFANRIX	35	JENTADUETO XR	70

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>jinteli</i>	27	<i>lamivudine/zidovudine</i>	66
<i>jolessa</i>	27	<i>lamotrigine</i>	52
JUBLIA	55	<i>lamotrigine er</i>	52
JULUCA	65	<i>lamotrigine odt</i>	52
<i>junel 1.5/30</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	52
<i>junel 1/20</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	52
<i>junel fe 1.5/30</i>	27	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	52
<i>junel fe 1/20</i>	27	<i>lansoprazole</i>	24
JYLAMVO	34	LANTUS	72
JYNNEOS	35	LANTUS SOLOSTAR	72
KALYDECO	40	<i>lapatinib ditosylate</i>	59
<i>kariva</i>	27	<i>larin 1.5/30</i>	27
<i>kelnor 1/35</i>	27	<i>larin 1/20</i>	27
<i>kelnor 1/50</i>	27	<i>larin fe 1.5/30</i>	27
KERENDIA	13	<i>larin fe 1/20</i>	27
KESIMPTA	17	<i>larissia</i>	27
<i>ketoconazole</i>	55	<i>latanoprost</i>	38
<i>ketorolac tromethamine</i>	38	LAZCLUZE	57
<i>ketorolac tromethamine</i>	45	<i>leflunomide</i>	35
<i>kimidess</i>	27	<i>lenalidomide</i>	56
KINERET	32	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	59
KINRIX	36	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	59
<i>kionex</i>	67	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	59
KISQALI	59	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	59
KISQALI FEMARA 200 DOSE	57	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	59
KISQALI FEMARA 400 DOSE	57	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	59
KISQALI FEMARA 600 DOSE	57	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	59
<i>klayesta</i>	55	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	59
<i>klor-con</i>	68	<i>lessina</i>	27
<i>klor-con 10</i>	68	<i>letrozole</i>	57
<i>klor-con 8</i>	68	<i>leucovorin calcium</i>	57
<i>klor-con m10</i>	68	LEUKERAN	56
<i>klor-con m15</i>	68	<i>leuprolide acetate</i>	31
<i>klor-con m20</i>	68	<i>levalbuterol</i>	42
<i>klor-con sprinkle</i>	68	<i>levalbuterol hcl</i>	42
<i>klor-con/ef</i>	68	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	42
KOSELUGO	59	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	42
<i>kourzeq</i>	20	<i>levetiracetam</i>	52
KRAZATI	59	<i>levetiracetam er</i>	52
<i>kurvelo</i>	27	<i>levobunolol hcl</i>	37
<i>labetalol hydrochloride</i>	11	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	41
<i>lacosamide</i>	51	<i>levofloxacin</i>	38
<i>lactulose</i>	23	<i>levofloxacin</i>	49
LAGEVRIO	67	<i>levofloxacin in d5w</i>	49
<i>lamivudine</i>	66	<i>levonest</i>	27
<i>lamivudine</i>	67	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	27

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	27	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	31
<i>levora 0.15/30-28</i>	27	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	31
LEVO-T	30	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	31
<i>levothyroxine sodium</i>	30	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	31
LEVOXYL	30	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	31
LEXIVA	64	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	31
<i>l-glutamine</i>	73	<i>lurasidone hydrochloride</i>	63
LIBERVANT	50	<i>lutea</i>	27
<i>lidocaine</i>	46	LYBALVI	63
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	20	<i>lyleq</i>	29
<i>lidocaine viscous</i>	20	<i>lyllana</i>	27
<i>lidocaine/prilocaine</i>	46	LYNPARZA	59
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	46	LYSODREN	57
LILETTA	29	LYTGOBI	59
<i>lillow</i>	27	LYUMJEV	72
<i>linezolid</i>	47	LYUMJEV KWIKPEN	72
LINZESS	23	<i>lyza</i>	29
<i>liothyronine sodium</i>	30	<i>magnesium sulfate</i>	68
<i>lisinopril</i>	15	<i>malathion</i>	22
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>maraviroc</i>	64
<i>lithium</i>	38	<i>marlissa</i>	27
<i>lithium carbonate</i>	39	MARPLAN	53
<i>lithium carbonate er</i>	38	MATULANE	56
LIVMARLI	23	<i>matzim la</i>	11
LIVTENCITY	65	MAVYRET	65
<i>lojaimiess</i>	27	MAYZENT	17
LOKELMA	67	MAYZENT STARTER PACK	17
LONSURF	57	<i>meclizine hcl</i>	54
<i>loperamide hcl</i>	22	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	29
<i>lopinavir/ritonavir</i>	64	<i>mefloquine hydrochloride</i>	61
<i>lopreeza</i>	27	<i>megestrol acetate</i>	29
<i>lorazepam</i>	46	MEKINIST	59
<i>lorazepam intensol</i>	46	MEKTOVI	59
LORBRENA	59	<i>meloxicam</i>	45
<i>lorcet</i>	45	<i>memantine hcl titration pak</i>	9
<i>lorcet hd</i>	45	<i>memantine hydrochloride</i>	9
<i>lorcet plus</i>	45	<i>memantine hydrochloride er</i>	9
<i>losartan potassium</i>	13	MENACTRA	36
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12	MENEST	27
LOTEMAX SM	38	MENQUADFI	36
<i>lovastatin</i>	14	MENVEO	36
<i>low-ogestrel</i>	27	<i>mercaptopurine</i>	56
<i>loxapine</i>	62	<i>meropenem</i>	49
<i>lubiprostone</i>	23	<i>mesalamine</i>	15
LUMAKRAS	59	<i>mesalamine dr</i>	15
LUMIGAN	38	<i>mesalamine er</i>	15

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
MESNEX	57	<i>moexipril hcl</i>	15
<i>metformin hydrochloride</i>	70	<i>molindone hydrochloride</i>	62
<i>metformin hydrochloride er</i>	70	<i>mometasone furoate</i>	22
<i>methadone hcl</i>	44	<i>mometasone furoate</i>	41
<i>methadone hydrochloride</i>	44	<i>mondoxyne nl</i>	50
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	44	<i>mono-linyah</i>	28
<i>methazolamide</i>	37	<i>mononessa</i>	28
<i>methenamine hippurate</i>	47	<i>montelukast sodium</i>	41
<i>methimazole</i>	31	<i>morgidox 1x100mg</i>	50
<i>methocarbamol</i>	72	<i>morgidox 2x100mg</i>	50
<i>methotrexate</i>	35	<i>morphine sulfate</i>	45
<i>methotrexate sodium</i>	35	<i>morphine sulfate er</i>	44
<i>methsuximide</i>	50	<b>MOTTEGRITY</b>	23
<b>METHYLDOPA</b>	12	<b>MOUNJARO</b>	70
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	18	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	49
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	18	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone</i>	30	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	38
<i>methylprednisolone dose pack</i>	30	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	49
<i>metoclopramide hcl</i>	23	<b>MRESVIA</b>	36
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	23	<b>MULTAQ</b>	13
<i>metolazone</i>	14	<i>mupirocin</i>	22
<i>metoprolol succinate er</i>	11	<i>mycophenolate mofetil</i>	35
<i>metoprolol tartrate</i>	11	<i>mycophenolic acid dr</i>	35
<i>metronidazole</i>	20	<i>myorisan</i>	21
<i>metronidazole</i>	47	<b>MYRBETRIQ</b>	24
<i>metronidazole vaginal</i>	47	<i>nabumetone</i>	45
<i>metyrosine</i>	12	<i>nadolol</i>	11
<i>mexiletine hcl</i>	13	<i>nafcillin sodium</i>	48
<i>microgestin 1.5/30</i>	27	<i>naloxone hcl</i>	39
<i>microgestin 1/20</i>	27	<i>naloxone hydrochloride</i>	39
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	27	<i>naltrexone hcl</i>	39
<i>microgestin fe 1/20</i>	27	<b>NAMZARIC</b>	9
<i>midodrine hcl</i>	12	<i>naproxen</i>	45
<i>mifepristone</i>	31	<i>naproxen dr</i>	45
<i>miglustat</i>	73	<i>naproxen sodium</i>	45
<i>mili</i>	28	<i>naratriptan hcl</i>	9
<i>mimvey</i>	28	<b>NATACYN</b>	38
<i>mimvey lo</i>	28	<i>nateglinide</i>	71
<i>minocycline hcl</i>	50	<b>NAYZILAM</b>	52
<i>minocycline hydrochloride</i>	50	<i>nebivolol</i>	11
<i>minoxidil</i>	15	<i>nebivolol hydrochloride</i>	11
<i>mirtazapine</i>	52	<i>necon 0.5/35-28</i>	28
<i>mirtazapine odt</i>	52	<i>necon 7/7/7</i>	28
<i>misoprostol</i>	24	<i>nefazodone hydrochloride</i>	54
<b>M-M-R II</b>	36	<i>neomycin sulfate</i>	46
<i>modafinil</i>	19	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	37

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	37	<i>nortrel 7/7/7</i>	28
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	37	<i>nortriptyline hcl</i>	53
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	37	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	53
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	37	NORVIR	64
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	44	NOVOLIN 70/30	72
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	44	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	72
<i>neo-polycin</i>	37	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	72
<i>neo-polycin hc</i>	37	NOVOLIN 70/30 RELION	72
NERLYNX	59	NOVOLIN N	72
NEULASTA	70	NOVOLIN N FLEXPEN	72
NEULASTA ONPRO KIT	70	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	72
<i>nevirapine</i>	66	NOVOLIN N RELION	72
<i>nevirapine er</i>	66	NOVOLIN R	72
NEXLETOL	14	NOVOLIN R FLEXPEN	72
NEXLIZET	14	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	72
NEXPLANON	29	NOVOLIN R RELION	72
<i>niacin er</i>	14	NOVOLOG	72
NICOTROL NS	39	NOVOLOG FLEXPEN	72
<i>nifedipine er</i>	11	NOVOLOG FLEXPEN RELION	72
<i>nilutamide</i>	56	NOVOLOG MIX 70/30	72
<i>nimodipine</i>	11	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	72
NINLARO	59	FLEXPEN	
<i>nitazoxanide</i>	61	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	72
<i>nitisinone</i>	73	FLEXPEN RELION	
NITRO-BID	15	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	72
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	47	NOVOLOG PENFILL	72
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	47	NOVOLOG RELION	72
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	47	<i>np thyroid 120</i>	30
<i>nitroglycerin</i>	15	<i>np thyroid 15</i>	30
<i>nitroglycerin</i>	23	<i>np thyroid 30</i>	30
<i>nitroglycerin transdermal</i>	15	<i>np thyroid 60</i>	30
NIVA THYROID	30	<i>np thyroid 90</i>	30
<i>nizatidine</i>	23	NUBEQA	56
<i>nora-be</i>	29	NUCALA	40
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	28	NUEDEXTA	19
<i>norethindrone</i>	29	NUPLAZID	63
<i>norethindrone acetate</i>	29	NUTRILIPID	43
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	28	<i>nyamyc</i>	55
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	28	<i>nylia 1/35</i>	28
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	28	<i>nylia 7/7/7</i>	28
<i>norlyda</i>	29	<i>nymyo</i>	28
<i>norlyroc</i>	30	<i>nystatin</i>	55
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	28	<i>nystatin/triamcinolone</i>	20
<i>nortrel 1/35</i>	28	<i>nystatin/triamcinolone acetate</i>	20
		<i>nystop</i>	56
		<i>octreotide acetate</i>	31

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
ODEFSEY	67	ORENCIA	32
ODOMZO	60	ORENCIA	35
OFEV	40	ORENCIA CLICKJECT	32
<i>ofloxacin</i>	38	ORENITRAM	41
<i>ofloxacin</i>	44	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	40
OGSIVEO	57	1	
OJEMDA	57	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
OJJAARA	60	2	
<i>olanzapine</i>	63	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
<i>olanzapine odt</i>	63	3	
<i>olmesartan medoxomil</i>	13	ORGOVYX	31
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12	ORKAMBI	40
<i>olopatadine hcl</i>	37	<i>orphenadrine citrate er</i>	72
<i>olopatadine hydrochloride</i>	37	ORSERDU	56
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14	<i>orsythia</i>	28
<i>omeprazole</i>	24	<i>oseltamivir phosphate</i>	65
<i>omeprazole dr</i>	24	OSMOLEX ER	10
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	43	OSPHERA	25
(GEN 5)		OTEZLA	20
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	43	OTEZLA	32
(GEN 5)		<i>oxacillin sodium</i>	48
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	43	<i>oxaprozin</i>	45
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	43	<i>oxcarbazepine</i>	51
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	43	<i>oxybutynin chloride</i>	24
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	43	<i>oxybutynin chloride er</i>	24
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	43	<i>oxycodone hydrochloride</i>	45
KIT (GEN 3)		<i>oxycodone/acetaminophen</i>	45
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	43	OZEMPIC	71
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	43	PACERONE	13
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	43	<i>paliperidone er</i>	63
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	43	PANRETIN	61
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	43	<i>pantoprazole sodium</i>	24
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	43	<i>paricalcitol</i>	16
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	43	<i>paroex</i>	20
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	43	<i>paromomycin sulfate</i>	46
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	43	<i>paroxetine hcl</i>	54
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	43	<i>paroxetine hydrochloride</i>	54
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	43	PASER	55
<i>ondansetron hcl</i>	54	PAXLOVID	67
<i>ondansetron hydrochloride</i>	54	<i>pazopanib hydrochloride</i>	60
<i>ondansetron odt</i>	54	PEDIARIX	36
ONUREG	57	PEDVAX HIB	36
OPIPZA	63	<i>peg 3350/electrolytes</i>	23
OPSUMIT	40	<i>peg-3350/electrolytes</i>	23
OPVEE	39	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	23
<i>oralone dental paste</i>	20	PEGASYS	33

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
PEGASYS	35	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	37
<i>pegylax</i>	23	POMALYST	56
PEMAZYRE	60	<i>portia-28</i>	28
PENBRAYA	36	<i>posaconazole</i>	56
<i>penicillamine</i>	67	<i>posaconazole dr</i>	56
<i>penicillin g sodium</i>	49	<i>potassium chloride</i>	69
<i>penicillin v potassium</i>	49	<i>potassium chloride er</i>	68
PENTACEL	36	<i>potassium chloride sr</i>	69
<i>pentamidine isethionate</i>	61	<i>potassium citrate er</i>	69
<i>pentoxifylline er</i>	12	PRALUENT	14
<i>perindopril erbumine</i>	15	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10
<i>periogard</i>	20	<i>prasugrel hydrochloride</i>	69
<i>permethrin</i>	22	<i>pravastatin sodium</i>	14
<i>perphenazine</i>	62	<i>praziquantel</i>	61
PERSERIS	63	<i>prazosin hydrochloride</i>	10
<i>phenadoz</i>	54	<i>prednisolone</i>	30
<i>phenelzine sulfate</i>	53	<i>prednisolone acetate</i>	38
<i>phenobarbital</i>	50	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	30
PHENYTEK	51	<i>prednisone</i>	30
<i>phenytoin</i>	51	<i>pregabalin</i>	50
<i>phenytoin infatabs</i>	51	PREHEVBRIO	36
<i>phenytoin sodium extended</i>	51	PREMARIN	28
PHESGO	57	<i>premium lidocaine</i>	46
<i>philith</i>	28	PREMPHASE	28
PIFELTRO	66	PREMPRO	28
<i>pilocarpine hcl</i>	37	<i>prenatal</i>	69
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	20	<i>prevalite</i>	14
<i>pimecrolimus</i>	22	<i>previfem</i>	28
<i>pimozide</i>	62	PREVYMIS	65
<i>pimtreea</i>	28	PREZCOBIX	64
<i>pindolol</i>	11	PREZISTA	64
<i>pioglitazone hcl</i>	71	PRIFTIN	55
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	71	<i>primaquine phosphate</i>	61
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	71	<i>primidone</i>	50
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	49	PRIORIX	36
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	60	PRIVIGEN	33
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	60	PROAIR RESPICLICK	42
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	60	<i>probenecid</i>	15
<i>pirfenidone</i>	40	<i>probenecid/colchicine</i>	15
<i>pirmella 1/35</i>	28	<i>prochlorperazine</i>	54
<i>pirmella 7/7/7</i>	28	<i>prochlorperazine maleate</i>	54
<i>piroxicam</i>	45	PROCRIT	70
<i>pitavastatin calcium</i>	14	<i>procto-med hc</i>	16
PLENAMINE	68	<i>proctosol hc</i>	16
<i>podofilox</i>	20	<i>proctozone-hc</i>	16
<i>polycin</i>	37	<i>progesterone</i>	30

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
PROGRAF	35	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17
PROLASTIN-C	73	REBIF TITRATION PACK	17
PROLIA	16	RECOMBIVAX HB	36
PROMACTA	70	RELENZA DISKHALER	65
<i>promethazine hcl</i>	54	RELISTOR	23
<i>promethazine hydrochloride</i>	54	RENFLEXIS	35
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	54	<i>repaglinide</i>	71
<i>promethegan</i>	55	REPATHA	14
<i>propafenone hcl</i>	13	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14
<i>propafenone hydrochloride</i>	13	REPATHA SURECLICK	14
<i>propafenone hydrochloride er</i>	13	RESTASIS	37
<i>propranolol hcl</i>	11	RESTASIS MULTIDOSE	37
<i>propranolol hcl er</i>	11	RETACRIT	70
<i>propranolol hydrochloride</i>	11	RETEVMO	60
<i>propranolol hydrochloride er</i>	11	REVCOVI	73
<i>propylthiouracil</i>	31	REVLIMID	56
PROQUAD	36	REVUFORJ	57
<i>protriptyline hcl</i>	53	REXULTI	63
<i>prucalopride</i>	23	REYATAZ	64
PULMOZYME	40	REZLIDHIA	60
PURIXAN	57	REZUROCK	35
<i>pyrazinamide</i>	55	RHOPRESSA	37
<i>pyridostigmine bromide</i>	10	<i>ribavirin</i>	65
<i>pyrimethamine</i>	62	<i>rifabutin</i>	55
PYRUKYND	73	<i>rifampin</i>	55
PYRUKYND TAPER PACK	73	<i>riluzole</i>	19
QINLOCK	60	RINVOQ	32
QUADRACEL	36	RINVOQ LQ	32
<i>quetiapine fumarate</i>	63	<i>risedronate sodium</i>	16
<i>quetiapine fumarate er</i>	63	<i>risperidone</i>	63
<i>quinapril hydrochloride</i>	15	<i>risperidone er</i>	63
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>risperidone odt</i>	63
<i>quinidine sulfate</i>	13	<i>ritonavir</i>	64
<i>quinine sulfate</i>	62	<i>rivastigmine tartrate</i>	9
QULIPTA	10	<i>rivastigmine transdermal system</i>	9
QVAR REDIHALER	41	<i>rivelsa</i>	28
RABAVERT	36	<i>rizatriptan benzoate</i>	9
<i>rabeprazole sodium</i>	24	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9
<i>raloxifene hydrochloride</i>	25	ROCKLATAN	37
<i>ramelteon</i>	19	<i>roflumilast</i>	42
<i>ramipril</i>	15	ROLVEDON	70
<i>ranolazine er</i>	12	<i>ropinirole er</i>	10
<i>rasagiline mesylate</i>	10	<i>ropinirole hcl</i>	10
RAYALDEE	16	<i>ropinirole hydrochloride</i>	10
REBIF	17	<i>rosadan</i>	21
REBIF REBIDOSE	17	<i>rosuvastatin calcium</i>	14

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
ROTARIX	36	<i>sodium chloride 0.9%</i>	43
ROTATEQ	36	<i>sodium oxybate</i>	19
<i>roweepra</i>	52	<i>sodium phenylbutyrate</i>	73
<i>roweepra xr</i>	52	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	67
ROZLYTREK	60	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	23
RUBRACA	60	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	65
<i>rufinamide</i>	51	<i>solifenacin succinate</i>	24
RUKOBIA	64	SOLQUA 100/33	71
RYBELSUS	71	SOLTAMOX	56
RYDAPT	60	SOMAVERT	31
RYTARY	10	<i>sorafenib</i>	60
<i>sajazir</i>	33	<i>sorafenib tosylate</i>	60
SANDIMMUNE	35	<i>sorine</i>	13
SANTYL	20	<i>sotalol hcl</i>	13
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	73	<i>sotalol hydrochloride</i>	13
SAVELLA	17	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	13
SAVELLA TITRATION PACK	17	SOTYKTU	20
SCSEMBLIX	60	SPEVIGO	22
<i>scopolamine</i>	55	SPIRIVA RESPIMAT	42
SECUADO	63	<i>spironolactone</i>	13
<i>selegiline hcl</i>	10	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>selenium sulfide</i>	22	SPRAVATO 56MG DOSE	52
SELZENTRY	64	SPRAVATO 84MG DOSE	52
SEREVENT DISKUS	42	<i>sprintec 28</i>	28
<i>sertraline hcl</i>	54	SPRITAM	52
<i>sertraline hydrochloride</i>	54	SPRYCEL	60
<i>setlakin</i>	28	SPS	67
<i>sevelamer carbonate</i>	67	<i>sronyx</i>	28
SFROWASA	15	<i>ssd</i>	20
<i>sharobel</i>	30	STAMARIL	36
SHINGRIX	36	<i>stavudine</i>	67
SIGNIFOR	31	STELARA	32
<i>sildenafil citrate</i>	41	STIOLTO RESPIMAT	40
<i>silodosin</i>	24	STIVARGA	60
<i>silver sulfadiazine</i>	20	<i>streptomycin sulfate</i>	46
SIMBRINZA	37	STRIBILD	65
<i>simliya</i>	28	<i>subvenite</i>	52
<i>simpesse</i>	28	<i>subvenite starter kit/blue</i>	52
<i>simvastatin</i>	14	<i>subvenite starter kit/green</i>	52
<i>sirolimus</i>	35	<i>subvenite starter kit/orange</i>	52
SIRTURO	55	SUCRAID	73
SKYCLARYS	43	<i>sucrafate</i>	24
SKYRIZI	32	<i>sulfacetamide sodium</i>	38
SKYRIZI PEN	32	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	37
<i>sodium chloride</i>	69		
<i>sodium chloride 0.45%</i>	69		

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>sulfadiazine</i>	49	<i>terazosin hydrochloride</i>	24
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	49	<i>terbinafine hcl</i>	56
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	49	<i>terconazole</i>	56
<i>sulfasalazine</i>	15	<i>teriparatide</i>	16
<i>sulindac</i>	45	<i>testosterone</i>	25
<i>sumatriptan</i>	9	<i>testosterone cypionate</i>	25
<i>sumatriptan succinate</i>	9	<i>testosterone enanthate</i>	25
<i>sunitinib malate</i>	60	<i>testosterone pump</i>	25
SUNLENCA	64	TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	36
SUTAB	23	<i>tetrabenazine</i>	19
SYMPAZAN	50	<i>tetracycline hydrochloride</i>	50
SYMTUZA	64	TEVIMBRA	56
SYNJARDY	71	THALOMID	56
SYNJARDY XR	71	<i>theophylline er</i>	43
SYNRIBO	57	<i>thioridazine hcl</i>	62
SYNTHROID	30	<i>thiothixene</i>	62
TABLOID	57	THYROID	30
TABRECTA	60	<i>tiadylt er</i>	11
<i>tacrolimus</i>	22	<i>tiagabine hydrochloride</i>	51
<i>tacrolimus</i>	35	TIBSOVO	60
<i>tadalafil</i>	24	TICOVAC	36
<i>tadalafil</i>	41	<i>tigecycline</i>	47
TAFINLAR	60	<i>timolol maleate</i>	10
TAGRISO	60	<i>timolol maleate</i>	37
TALZENNA	60	<i>tinidazole</i>	47
<i>tamoxifen citrate</i>	56	<i>tiotropium bromide</i>	42
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	24	TIVICAY	66
<i>tarina fe 1/20</i>	28	TIVICAY PD	65
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	28	<i>tizanidine hcl</i>	9
TASIGNA	60	<i>tizanidine hydrochloride</i>	9
TAVNEOS	32	TOBI PODHALER	40
<i>tazarotene</i>	21	TOBRADEX	37
TAZICEF	48	TOBRADEX ST	37
<i>taztia xt</i>	11	<i>tobramycin</i>	38
TAZVERIK	60	<i>tobramycin</i>	40
TDVAX	36	<i>tobramycin sulfate</i>	46
TEFLARO	48	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	38
TEGSEDI	73	<i>tolterodine tartrate</i>	24
<i>telmisartan</i>	13	<i>tolterodine tartrate er</i>	24
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>topiramate</i>	52
<i>temazepam</i>	19	<i>topotecan hcl</i>	57
TEMIXYS	67	<i>topotecan hydrochloride</i>	57
TENIVAC	36	<i>toremifene citrate</i>	56
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	67	<i>torpenz</i>	60
TEPMETKO	60	<i>torse mide</i>	14
<i>terazosin hcl</i>	24		

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
TOUJEO MAX SOLOSTAR	72	TRIZIVIR	67
TOUJEO SOLOSTAR	72	<i>trospium chloride</i>	24
TRADJENTA	71	<i>trospium chloride er</i>	24
<i>tramadol hydrochloride</i>	45	TRULICITY	71
<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>	69	TUKYSA	61
<i>tranylecypromine sulfate</i>	53	<i>tulana</i>	30
<i>trazodone hydrochloride</i>	54	TURALIO	61
TRECTOR	55	<i>turqoz</i>	29
TRELEGY ELLIPTA	40	TWINRIX	36
TRELSTAR MIXJECT	31	TYBOST	64
TRESIBA	72	TYMLOS	16
TRESIBA FLEXTOUCH	72	TYPHIM VI	36
<i>tretinoin</i>	21	TYRVAYA	39
<i>tretinoin</i>	61	UBRELVY	10
<i>tri femynor</i>	28	UDENYCA	70
<i>triamcinolone acetonide</i>	22	UDENYCA ONBODY	70
<i>triamcinolone acetonide</i>	30	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	43
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	20	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	43
<i>triamterene</i>	14	UNITHROID	30
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>urea</i>	20
<i>triderm</i>	22	<i>ursodiol</i>	23
<i>trientine hydrochloride</i>	67	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	65
<i>tri-estarylla</i>	28	VALCHLOR	56
<i>trifluoperazine hcl</i>	62	<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	65
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	62	<i>valganciclovir hydrochloride solution</i>	65
<i>trifluridine</i>	38	<i>50mg/ml</i>	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	10	<i>valproic acid</i>	52
TRIJARDY XR	71	<i>valsartan</i>	13
TRIKAFTA	40	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>tri-lynyah</i>	29	VALTOCO 10 MG DOSE	51
<i>trilyte</i>	23	VALTOCO 15 MG DOSE	51
<i>trimethoprim</i>	47	VALTOCO 20 MG DOSE	51
<i>tri-mili</i>	29	VALTOCO 5 MG DOSE	51
<i>trimipramine maleate</i>	53	<i>vancomycin hcl</i>	47
<i>trinessa</i>	29	<i>vancomycin hydrochloride</i>	47
TRINTELLIX	54	VANFLYTA	61
<i>tri-nymyo</i>	29	VAQTA	36
<i>tri-previfem</i>	29	<i>varenicline starting month</i>	39
<i>tri-sprintec</i>	29	<i>varenicline tartrate</i>	39
TRIUMEQ	67	VARIVAX	36
TRIUMEQ PD	67	VAXCHORA	36
<i>trivora-28</i>	29	VAXELIS	36
<i>tri-vylibra</i>	29	VELPHORO	68

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
VELTASSA	67	VYZULTA	38
VENCLEXTA	61	<i>warfarin sodium</i>	69
VENCLEXTA STARTING PACK	61	WELIREG	73
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	54	<i>wera</i>	29
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	54	<i>wixela inhub</i>	40
VENTAVIS	41	XALKORI	61
VEOPOZ	32	XARELTO	69
VEOZAH	19	XARELTO STARTER PACK	69
<i>verapamil hcl</i>	11	XATMEP	35
<i>verapamil hcl er</i>	11	XCOPRI	51
<i>verapamil hcl sr</i>	11	XDEMVI	38
<i>verapamil hydrochloride</i>	11	XELJANZ	32
<i>verapamil hydrochloride er</i>	11	XELJANZ XR	32
VERQUVO	15	XERMELO	22
VERSACLOZ	62	XGEVA	16
VERZENIO	61	XIFAXAN	23
V-GO 20	43	XIGDUO XR	71
V-GO 30	43	XIIDRA	38
V-GO 40	44	XOFLUZA	65
<i>vicodin hp</i>	45	XOLAIR	32
<i>vienva</i>	29	XOLREMDI	70
<i>vigabatrin</i>	51	XOSPATA	61
<i>vigadrone</i>	51	XPOVIO	61
VIGAFYDE	51	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	61
<i>vigpoder</i>	51	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	61
<i>vilazodone hydrochloride</i>	54	XTAMPZA ER	44
<i>viorele</i>	29	XTANDI	56
VIRACEPT	64	<i>xulane</i>	29
VIREAD	67	<i>yargesa</i>	73
VISTOGARD	44	YF-VAX	36
VITRAKVI	61	YUPELRI	42
VIVITROL	39	<i>yuvafem</i>	29
VIZIMPRO	61	<i>zafemy</i>	29
VOCABRIA	66	<i>zafirlukast</i>	41
<i>volnea</i>	29	<i>zaleplon</i>	19
VONJO	57	ZARXIO	70
VORANIGO	57	ZEJULA	61
<i>voriconazole</i>	56	ZELBORAF	61
VOSEVI	65	<i>zenatane</i>	21
VOWST	23	ZENPEP	73
VRAYLAR	64	ZEPOSIA	17
VUMERITY	17	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	17
<i>vyfemla</i>	29	ZEPOSIA STARTER KIT	17
VYJUVEK	65	<i>zidovudine</i>	67
<i>vylibra</i>	29	<i>ziprasidone hcl</i>	64
VYNDAMAX	12	<i>ziprasidone mesylate</i>	64

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
ZIRGAN	38	<i>zovia 1/35</i>	29
ZOKINVY	44	<i>zovia 1/35e</i>	29
ZOLINZA	57	ZTALMY	51
<i>zolmitriptan</i>	9	ZURZUVAE	52
<i>zolpidem tartrate</i>	19	ZYDELIG	61
<i>zolpidem tartrate er</i>	19	ZYKADIA	61
ZONISADE	51	ZYLET	38
<i>zonisamide</i>	51	ZYPREXA RELPREVV	64

ID de formulario: 25381, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/06/2025

# Senior Care Plus

*A Medicare Advantage Plan from Hometown Health.*

Este formulario se actualizó el 01/06/2025. Para obtener información más reciente o para hacer otras preguntas, comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o llame de manera gratuita al 888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los días de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También puede visitar [www.SeniorCarePlus.com](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.