

2024 Formulario





Baylor Scott & White Health Plan

Formulario 2024 (Lista de medicamentos cubiertos)

BSW SeniorCare Advantage Rx (HMO-POS)

BSW SeniorCare Advantage (PPO)

Covenant Health Advantage Rx (HMO)

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Este formulario se actualizó el 11/01/2024. Para obtener información más reciente u otras preguntas, los miembros de BSW SeniorCare Advantage pueden comunicarse con el Servicio de atención al cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-866-334-3141 (TTY: 711); los miembros de Covenant Health Advantage pueden comunicarse con el servicio al cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-833-442-2405 (TTY: 711); del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excluyendo los días feriados principales); y del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excluyendo los días festivos importantes), o visite BSWHealthPlan.com/Medicare.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Nota para miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa Baylor Scott & White Health Plan. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa BSW SeniorCare Advantage HMO-POS/PPO o Covenant Health Advantage HMO.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan actualizada al 12/01/2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

En general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el formulario de Baylor Scott & White Health Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos que Baylor Scott & White Health Plan selecciona en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran necesarias en un programa de tratamiento de calidad. Baylor Scott & White Health Plan generalmente cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicalemente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Baylor Scott & White Health Plan y se sigan otras 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 ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- Nuevos medicamentos genéricos.** Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego le proporcionaremos información sobre el(s) cambio(s) específico(s) que hemos realizado.

- Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección más adelante titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Baylor Scott & White Health Plan?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos inmediatamente de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O bien, podemos hacer cambios basados en pautas clínicas nuevas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que el cambio se haga vigente, o en el momento en que el miembro solicite una resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección más adelante titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Baylor Scott & White Health Plan?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, a excepción de lo que se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. No recibirás una notificación directa este año sobre cambios que no te afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le afectarían, y es importante revisar la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios para cualquier cambio en las drogas.

El formulario adjunto está actualizado al 12/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Baylor Scott & White Health Plan, comuníquese con nosotros.

Nuestra información de contacto aparece en las portadas y contraportadas. En el caso de cualquier cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, aprobado por CMS, los formularios se actualizarán mensualmente y se publicarán en nuestro sitio web.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 10. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las cuales se usan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se encuentran en la lista 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 número 9. Luego busque bajo el nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 75. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el Índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Baylor Scott & White Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Baylor Scott & White Health Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Baylor Scott & White Health Plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, Baylor Scott & White Health Plan pueden no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Baylor Scott & White Health Plan limita la cantidad del medicamento que Baylor Scott & White Health Plan cubrirá. Por ejemplo, Baylor Scott & White Health Plan proporciona 60 comprimidos por receta para los comprimidos Eliquis de 2.5mg. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Baylor Scott & White Health Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, Baylor Scott & White Health Plan puede no cubrir el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Baylor Scott & White Health Plan cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que comienza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestra página web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de previa autorización y terapia escalonada. También nos puede pedir que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

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

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si Baylor Scott & White Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por Baylor Scott & White Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico(a) y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Baylor Scott & White Health Plan.
- Puede pedirle a Baylor Scott & White Health Plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Lea a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Baylor Scott & White Health Plan?

Puede solicitar a Baylor Scott & White Health Plan que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitar que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo si este medicamento no se encuentra en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Baylor Scott & White Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, Baylor Scott & White Health Plan solo aprobará su solicitud de una 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 fueran tan efectivos en el tratamiento de su condición o le causaran efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de formulario, nivel o restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción al formulario, a los niveles o a la restricción de utilización, debe enviar una declaración de la persona que recete o el médico que respalde su solicitud.** En general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse seriamente afectada por esperar la decisión hasta 72 horas. Si se otorga su solicitud de acelerar, debemos comunicarle una decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos una declaración de respaldo de su médico u otra persona que recete.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta.

Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento conveniente que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de un mes de 30 días medicamentos. Después del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasó los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted busca una excepción al formulario.

Baylor Scott & White Health Plan proporciona surtidos de transición para miembros que tienen un cambio en el nivel de atención de un ámbito de tratamiento a otro. Visite nuestro sitio web para más detalles.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Baylor Scott & White Health Plan, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Baylor Scott & White Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta 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 visitar <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Baylor Scott & White Health Plan

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Baylor Scott & White Health Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 75.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúscula (por ejemplo, ELIQUIS) y los medicamentos genéricos aparecen en minúscula y cursiva (por ejemplo, *simvastatin*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Baylor Scott & White Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Abreviaturas de columna:

B/D	Este medicamento con receta tiene un requisito de autorización previa administrativa de Parte B o D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que deba presentarse información que describa el uso y el ámbito del medicamento para tomar la determinación.
EA	Cada
NDS	Suministro de día no extendido. Este medicamento con receta no está disponible para un suministro de días extendidos.
PA	Previa autorización: Esto requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
PA NOS	Autorización previa solo para nuevos comienzos: Se requiere autorización previa si es un miembro nuevo o si no ha tomado el medicamento antes.
QL	Límite de cantidad: Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos.
ST	Terapia escalonada: En algunos casos, le solicitamos que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección.
ST NSO	Terapia escalonada solo para nuevos comienzos: Se requiere terapia escalonada si es un miembro nuevo o si no ha tomado el medicamento antes.

Niveles de medicamentos y etapas de pago de medicamentos:

El monto que paga por un medicamento cubierto dependerá de lo siguiente:

- **Su etapa de pago de medicamentos.** Su plan tiene diferentes etapas de cobertura de medicamentos. Cuando surte una receta, el monto que paga depende de la etapa en la que se encuentre.
- **El nivel de medicamento de su medicamento.** Cada medicamento cubierto está en uno de cinco niveles de medicamentos. Cada nivel tiene un monto de copago o coseguro diferente. La tabla a continuación muestra los distintos niveles de medicamentos.

Para obtener más información sobre etapas de pago de medicamentos y montos de copago o coseguro para cada nivel, revise su Evidencia de cobertura.

Nivel de medicamentos	Descripción
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo más bajo, medicamentos genéricos de uso común. La mayoría de los medicamentos están disponibles en un suministro para 90 días como máximo.
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Muchos medicamentos genéricos. La mayoría de los medicamentos están disponibles en un suministro para 90 días como máximo.
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca de uso común llamados medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos de mayor costo. La mayoría de los medicamentos están disponibles en un suministro para 90 días como máximo.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos. La mayoría de los medicamentos están disponibles en un suministro para 90 días como máximo.
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	Medicamentos de marca y genéricos únicos o de muy alto costo. Los medicamentos en el Nivel 5 están limitados a un suministro de 30 días.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
ergoloid mesylates tablet	4	
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	QL(30 EA por 30 días); ST
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
memantine hcl titration pak	2	
memantine hydrochloride er	4	QL(30 EA por 30 días)
memantine hydrochloride tablet	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
donepezil hcl tablet disintegrating	2	
donepezil hcl tablet 10mg	1	
donepezil hcl tablet 23mg	4	
donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg	1	
galantamine hydrobromide er	4	
galantamine hydrobromide solution, tablet	4	
rivastigmine tartrate	2	
rivastigmine transdermal system	4	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
baclofen tablet 10mg, 20mg	2	
baclofen tablet 5mg	3	
dantrolene sodium	4	
tizanidine hcl	2	
tizanidine hydrochloride	2	
Agentes antijaquecosos		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
naratriptan hcl	3	QL(9 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate	2	QL(18 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate odt	3	QL(18 EA por 30 días)
sumatriptan succinate tablet	2	QL(9 EA por 30 días)
sumatriptan succinate injection	4	QL(5 ML por 30 días)
sumatriptan solution	4	QL(12 EA por 30 días)
zolmitriptan tablet	3	QL(12 EA por 30 días)
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
dihydroergotamine mesylate solution	4	QL(8 ML por 30 días); PA
ergotamine tartrate/caffeine	3	QL(24 EA por 28 días)
<i>Profiláctico</i>		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	4	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC	5	QL(18 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimastiáicos		
Parasimpaticomiméticos		
GUANIDINE HCL	4	
pyridostigmine bromide tablet 60mg	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
entacapone	3	
OSMOLEX ER	4	PA
Agonistas de la dopamina		
bromocriptine mesylate capsule, tablet	4	
KYNMOBI	5	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	4	
pramipexole dihydrochloride	2	
ropinirole er	4	
ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	2	
ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg	2	
Anticolinérgicos		
benztropine mesylate tablet	2	
trihexyphenidyl hydrochloride	4	
Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)		
rasagiline mesylate tablet	4	
selegiline hcl capsule, tablet	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
carbidopa/levodopa	2	
carbidopa/levodopa er	3	
carbidopa/levodopa odt	4	
carbidopa tablet	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
prazosin hydrochloride capsule	2	
terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg	1	
terazosin hydrochloride capsule 2mg	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
acebutolol hcl capsule 400mg	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	2	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML	5	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<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	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLO	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE	3	QL(240 EA por 30 días)
ENTRESTO TABLET	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agonistas adrenérgicos alfa		
clonidine	4	
clonidine hydrochloride tablet	1	
droxidopa	5	PA
guanfacine hydrochloride	4	
methyldopa tablet 250mg, 500mg	4	
midodrine hcl	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
candesartan cilexetil	1	
EDARBI	4	
irbesartan	1	
losartan potassium tablet	1	
olmesartan medoxomil tablet	1	
telmisartan	1	
valsartan tablet	1	
Antiarrítmicos		
amiodarone hydrochloride tablet 200mg	1	
amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg	3	
digitek tablet 0.125mg, 0.25mg	2	
digox	2	
digoxin solution	4	
digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg	2	
dofetilide	4	
flecainide acetate	2	
mexiletine hcl capsule 150mg	3	
mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	1	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	3	
propafenone hcl	2	
propafenone hydrochloride er	4	
propafenone hydrochloride tablet 300mg	2	
quinidine sulfate tablet	3	
sorine	2	
sotalol hcl	2	
sotalol hydrochloride (af)	2	
sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg	2	
fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	2	
fenofibric acid dr	3	
gemfibrozil tablet	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
atorvastatin calcium	1	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
LIVALO	4	ST
<i>lovastatin tablet</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	1	
<i>simvastatin tablet</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>torsemide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorothiazide tablet</i>	2	
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>captopril tablet</i>	2	
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moxepril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
OCREVUS ZUNOVO	5	QL(23 ML por 168 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
TYSABRI	5	PA
VUMERTY	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)
Agentes de fibromialgia		
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
amphetamine/dextroamphetamine tablet	3	QL(90 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg	4	QL(120 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg	4	QL(180 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg	4	QL(60 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tablet 10mg	3	QL(180 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tablet 30mg	3	QL(60 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 5mg	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
atomoxetine hydrochloride capsule 25mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atomoxetine hydrochloride capsule 10mg	4	QL(60 EA por 30 días)
atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL(30 EA por 30 días)
guanfacine hydrochloride er	3	
methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg	4	QL(30 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg	4	QL(60 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg	4	QL(30 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg	4	QL(60 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride tablet	2	QL(90 EA por 30 días)
methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR 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
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 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
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	4	
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	2	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>ALA-CORT CREAM 2.5%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment, solution</i>	3	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	
BACTROBAN NASAL	4	
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
RECTIV	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>DEXILANT</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>dexlansoprazole</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
<i>d-penamine</i>	5	
<i>ELMIRON</i>	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
Antiespasmódicos, urinario		
<i>GELNIQUE PUMP</i>	4	
<i>GEMTESA</i>	4	
<i>MYRBETRIQ</i>	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>trospium chloride</i>	3	
<i>trospium chloride er</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	3	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
Estrógenos		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elonest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarrylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol patch twice weekly, patch weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri-femynor</i>	3	
<i>tri-estarrylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienna</i>	3	
<i>viorele</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DEPO-PROVERA INJECTION 400MG/ML	4	QL(10 ML por 28 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	3	
<i>errin</i>	3	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	3	
<i>incassia</i>	3	
<i>jencyclla</i>	3	
<i>jolivette</i>	3	
<i>lyleq</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	3	
<i>norlyda</i>	3	
<i>norlyroc</i>	3	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroídes)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroídes)</i>		
<i>ADTHYZA</i>	4	
<i>ARMOUR THYROID</i>	4	
<i>EUTHYROX</i>	3	
<i>LEVO-T</i>	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>LEVOXYL</i>	3	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
<i>NIVA THYROID</i>	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	
<i>SYNTHROID</i>	3	
<i>THYROID</i>	4	
<i>THYROLAR-1</i>	4	
<i>THYROLAR-1/2</i>	4	
<i>THYROLAR-1/4</i>	4	
<i>THYROLAR-2</i>	4	
<i>THYROLAR-3</i>	4	
<i>UNITHROID</i>	3	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</i>		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
LANREOTIDE ACETATE INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	5	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
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
LYSODREN	5	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Ultima actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antitiroideos		
methimazole tablet 10mg, 5mg	2	
propylthiouracil tablet	2	
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
ENJAYMO	5	PA
ILARIS INJECTION 150MG/ML	5	QL(2 ML por 28 días); PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
INTRON A	5	PA NSO
PEGASYS	5	PA
Immunoglobulinas		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	5	B/D
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	4	B/D
PANZYGA	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	5	PA
XEMBIFY	5	PA
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFliximab	5	PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JYLAMVO	4	
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
REMICADE	5	PA
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	5	QL(3 EA por 28 días); PA
Vacunas		
ABRYSVO	3	
ACTHIB INJECTION 0	3	
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	3	
BEXZERO	3	
BOOSTRIX	3	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGERIX-B	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	3	B/D
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	B/D
INFANRIX	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IPOL INACTIVATED IPV	3	
IXCHIQ	3	
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	3	
MENACTRA	3	
MENQUADFI	3	
MENVEO	3	
MRESVIA	3	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBARIO	3	B/D
PRIORIX	3	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	3	B/D
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VAXCHORA	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
Agentes oftálmicos		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes oftálmicos antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er</i>	3	
<i>ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%</i>	3	
<i>BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%</i>	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	
<i>RHOPRESSA</i>	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
<i>COMBIGAN</i>	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
<i>CYSTARAN</i>	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	
<i>RESTASIS</i>	3	
<i>RESTASIS MULTIDOSE</i>	3	
<i>ROCKLATAN</i>	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<i>SIMBRINZA</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacina</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>moxifloxacina hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	2	
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/dismisión del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>ADVAIR HFA</i>	3	QL(24 GM por 30 días)
<i>ANORO ELLIPTA</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>BREO ELLIPTA</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT</i>	4	QL(13 GM por 30 días); PA
<i>DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT</i>	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO	5	PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ciproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDIHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate er</i>	4	
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
B-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	
IGALMI	4	PA NSO
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
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
NUTRILIPID	2	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)
OXLUMO	5	PA
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak) \$0 Copay
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
VYJUVEK	5	PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
acetic acid	2	
ciprofloxacin/dexamethasone	4	
ciprofloxacin solution 0.2%	4	
hydrocortisone/acetic acid	4	
neomycin/polymyxin/hc	3	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	3	
ofloxacin otic solution 0.3%	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
buprenorphine	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	4	NDS
methadone hcl tablet	2	NDS
methadone hcl solution	3	NDS
methadone hydrochloride intensol	3	NDS
methadone hydrochloride concentrate	3	NDS
morphine sulfate er tablet extended release	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
acetaminophen/codeine	2	NDS
endocet tablet 325mg; 5mg	2	NDS
endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	NDS
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg	4	PA; NDS
fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	5	PA; NDS
hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	3	NDS
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg	2	NDS
hydrocodone acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg	2	NDS
hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml	4	NDS
hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg	2	NDS
hydromorphone hcl tablet 8mg	4	NDS
hydromorphone hydrochloride dosette	4	NDS
hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml	4	NDS
lorcet	2	NDS

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>loracet hd</i>	2	NDS
<i>loracet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	4	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen 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	
Anestésicos		
Anestésicos locales		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</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, oral solution</i>	2	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
<i>HUMATIN</i>	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindacin etz pledges</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>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tinidazole</i>	3	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefeprazone</i>	4	
<i>cefeprazone hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylsuximide</i>	4	
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg</i>	2	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide solution</i>	3	
<i>lacosamide tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PEGANONE TABLET 250MG	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine titration</i>	4	
<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)

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	2	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VIIBRYD STARTER PACK	4	QL(60 EA por 365 días)
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron hydrochloride injection 4mg/2ml</i>	4	
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine</i>	5	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	3	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECATOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate injection 70mg</i>	4	
<i>caspofungin acetate injection 50mg</i>	5	
<i>clotrimazole cream</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	5	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
FOTIVDA	5	PA NSO
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<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
Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco		
DARZALEX FASPRO	5	PA NSO
KANJINTI	5	PA NSO
LOQTORZI	5	PA NSO
RUXIENCE	5	PA NSO
TEVIMBRA	5	PA NSO
TRAZIMERA	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
COLUMVI	5	PA NSO
EPKINLY	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
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
KRAZATI	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
LONSURF	5	PA NSO
LUMAKRAS TABLET 120MG, 320MG	5	PA NSO
LYTGOBI	5	PA NSO
NINLARO	5	PA NSO
OGSIVEO	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
ORSERDU	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHESGO	5	PA NSO
RETEVMO 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
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

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYNRIBO	5	
TAZVERIK	5	PA NSO
TRUSELTIQ	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
Antineoplásicos		
OPDUALAG	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
Inhibidores de enzimas		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKNINSA	5	PA NSO
CABOMETYX	5	PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTrif	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
VOTRIENT	5	PA NSO
WELIREG	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAFL	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotozoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	4	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>VERSACLOZ</i>	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
<i>ABILIFY MAINTENA</i>	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
<i>ARISTADA</i>	5	
<i>ARISTADA INITIO</i>	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>CAPLYTA</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>FANAPT</i>	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>FANAPT TITRATION PACK</i>	4	QL(8 EA por 180 días); ST NSO
<i>INVEGA HAFYERA</i>	5	ST NSO
<i>INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	5	
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS	5	
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
INVIRASE TABLET	5	
LEXIVA SUSPENSION	4	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET, SOLUTION	4	
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	
PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	4	
REYATAZ PACKET	5	
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT	5	
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	
SELZENTRY TABLET 75MG	5	
SUNLENCA	5	
TROGARZO	5	
TYBOST	4	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION	5	
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABLET 10MG	4	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	
VOCABRIA	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	
INTELENCE TABLET 25MG	4	
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	4	
PIFELTRO	5	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</i>		
abacavir	4	
abacavir sulfate/lamivudine	4	QL(30 EA por 30 días)
abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine	5	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine	2	
emtricitabine/tenofovir disoproxil	5	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg	2	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	
lamivudine/zidovudine	4	QL(60 EA por 30 días)
lamivudine solution 10mg/ml	3	
lamivudine tablet 150mg, 300mg	3	
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	4	
stavudine capsule	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate	4	
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	5	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIDEX EC CAPSULE DELAYED RELEASE 125MG	4	
VIDEX PEDIATRIC	4	
VIREAD POWDER	5	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	
zidovudine	3	
<i>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</i>		
adefovir dipivoxil	4	
BARACLUDE SOLUTION	4	QL(600 ML por 30 días)
entecavir	4	QL(30 EA por 30 días)
lamivudine tablet 100mg	3	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
<i>Aglutinantes de potasio</i>		
kionex suspension	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
sodium polystyrene sulfonate	3	
sps	3	
VELTASSA	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 180mg</i>	2	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	4	PA
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJECTION 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	3	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	3	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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, 9500UNIT/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)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCRI ^T INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRI ^T INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 2000UNIT/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	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tablet</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
FARXIGA	3	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glipizide tablet 2.5mg</i>	2	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	1	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
Agentes ant glucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
<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	
Insulinas		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN 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	
Relajantes musculares esqueléticos		
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA
ENDARI	5	PA
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
JAVYGTOR	5	PA
KANUMA	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
REVCovi	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
STRENSIQ	5	PA
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
VIMIZIM	5	PA
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Última actualización: noviembre 2024

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	67	<i>aliskiren</i>	13
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	67	<i>allopurinol</i>	16
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	67	<i>alosetron hydrochloride</i>	23
<i>ABELCET</i>	56	<i>ALPHAGAN P</i>	38
<i>ABILITY MAINTENA</i>	63	<i>alprazolam</i>	47
<i>abiraterone acetate</i>	57	<i>altavera</i>	26
<i>ABRYSVO</i>	36	<i>ALUNBRIG</i>	59
<i>acamprosate calcium dr</i>	40	<i>alyacen 1/35</i>	26
<i>acarbose</i>	70	<i>alyacen 7/7/7</i>	26
<i>ACCUTANE</i>	21	<i>alyq</i>	41
<i>acebutolol hcl</i>	11	<i>amabelz</i>	26
<i>acebutolol hydrochloride</i>	12	<i>amantadine hcl</i>	65
<i>acetaminophen/codeine</i>	45	<i>ambrisentan</i>	41
<i>acetazolamide</i>	13	<i>amethia</i>	26
<i>acetazolamide er</i>	38	<i>amethia lo</i>	26
<i>acetic acid</i>	45	<i>amethyst</i>	26
<i>acetic acid 0.25%</i>	25	<i>amikacin sulfate</i>	47
<i>acitretin</i>	21	<i>amiloride hcl</i>	15
<i>ACTHIB</i>	36	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>ACTIMMUNE</i>	34	<i>AMINOSYN II</i>	68
<i>acyclovir</i>	23	<i>AMINOSYN-PF</i>	68
<i>acyclovir</i>	66	<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
<i>acyclovir sodium</i>	66	<i>amitriptyline hcl</i>	53
<i>ADACEL</i>	36	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	54
<i>ADBRY</i>	33	<i>amlodipine besylate</i>	12
<i>adefovir dipivoxil</i>	67	<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	13
<i>ADEMPAS</i>	41	<i>hydrochloride</i>	
<i>ADTHYZA</i>	31	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	13
<i>ADVAIR HFA</i>	40	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	13
<i>afirmelle</i>	26	<i>ammonium lactate</i>	22
<i>AIMOVIG</i>	10	<i>amnesteem</i>	21
<i>AKEEGA</i>	58	<i>amoxapine</i>	54
<i>ALA-CORT</i>	22	<i>amoxicillin</i>	49
<i>albendazole</i>	62	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	49
<i>albuterol sulfate</i>	43	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	49
<i>albuterol sulfate er</i>	43	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	18
<i>albuterol sulfate hfa</i>	43	<i>amphotericin b</i>	56
<i>alclometasone dipropionate</i>	22	<i>amphotericin b liposome</i>	56
<i>ALCOHOL PREP PADS</i>	43	<i>ampicillin</i>	49
<i>ALDURAZYME</i>	73	<i>ampicillin sodium</i>	49
<i>ALECENSA</i>	59	<i>ampicillin/sulbactam</i>	49
<i>alendronate sodium</i>	17	<i>ampicillin-sulbactam</i>	49
<i>alfuzosin hcl er</i>	25	<i>anagrelide hydrochloride</i>	70
<i>ALINIA</i>	62	<i>anastrozole</i>	59
		<i>ANORO ELLIPTA</i>	40
		<i>aprepitant</i>	55
		<i>APTIOM</i>	52

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
APTIVUS	64	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	20
AREXVY	36	KIT	
<i>arformoterol tartrate</i>	43	AUVELITY	53
<i>ariPIPrazole</i>	63	<i>aviane</i>	26
<i>ariPIPrazole odt</i>	63	AVONEX	17
ARISTADA	63	AVONEX PEN	17
ARISTADA INITIO	63	<i>ayuna</i>	26
<i>armodafinil</i>	20	AYVAKIT	59
ARMOUR THYROID	31	<i>azathioprine</i>	34
ARNURITY ELLIPTA	42	<i>azelaic acid</i>	22
ASCENIV	34	<i>azelastine hcl</i>	38
<i>asenapine maleate sl</i>	63	<i>azelastine hcl</i>	42
<i>ashlyna</i>	26	<i>azelastine hydrochloride</i>	42
ASMANEX HFA	42	<i>azithromycin</i>	50
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	42	<i>aztreonam</i>	47
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	42	<i>azurette</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	42	<i>bacitracin</i>	39
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	42	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	38
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	42	<i>baclofen</i>	10
<i>aspirin/dipyridamole</i>	69	BACTROBAN NASAL	23
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	69	BAFIERTAM	17
ASTAGRAF XL	34	<i>balsalazide disodium</i>	16
<i>atazanavir</i>	64	BALVERSA	59
<i>atazanavir sulfate</i>	64	<i>balziva</i>	26
<i>atenolol</i>	12	BAQSIMI ONE PACK	72
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	13	BAQSIMI TWO PACK	72
<i>atomoxetine</i>	19	BARACLUDE	67
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19	<i>bcg vaccine</i>	36
<i>atorvastatin calcium</i>	14	BD INSULIN SYRINGE	44
<i>atovaquone</i>	62	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	62	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	44
<i>atropine sulfate</i>	38	II/0.3ML/31G X 5/16"	
ATROVENT HFA	42	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	44
<i>aubra eq</i>	26	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
AUGMENTIN	49	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	44
AUGTYRO	43	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>aurovela 1.5/30</i>	26	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	44
<i>aurovela 1/20</i>	26	FINE/29G X 12.7MM	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	26	<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	44
<i>aurovela fe 1/20</i>	26	<i>6mm</i>	
AUSTEDO	19	<i>bekyree</i>	27
AUSTEDO XR	20	BELSOMRA	20
		<i>benazepril hcl</i>	16
		<i>benazepril hydrochloride</i>	16
		<i>benazepril</i>	13
		<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
		BENLYSTA	33

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>benznidazole</i>	62	<i>bupropion hydrochloride</i>	53
<i>benztropine mesylate</i>	11	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	40
BESIVANCE	39	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	53
BESREMI	58	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	53
<i>betaine anhydrous</i>	73	<i>buspirone hcl</i>	47
<i>betamethasone dipropionate</i>	22	<i>buspirone hydrochloride</i>	47
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	22	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
<i>betamethasone valerate</i>	22	BYDUREON BCISE	71
BETASERON	17	BYETTA	71
<i>betaxolol hcl</i>	12	CABENUVA	66
<i>betaxolol hcl</i>	38	<i>cabergoline</i>	32
<i>bethanechol chloride</i>	25	CABLIVI	69
<i>bexarotene</i>	62	CABOMETYX	59
BEXSERO	36	<i>calcipotriene</i>	21
<i>bicalutamide</i>	57	<i>calcitonin-salmon</i>	17
BICILLIN L-A	49	<i>calcitriol</i>	17
BIKTARVY	66	<i>calcium acetate</i>	68
<i>bisoprolol fumarate</i>	12	CALQUENCE	59
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>camila</i>	30
BIVIGAM	34	<i>camrese</i>	27
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	27	<i>camrese lo</i>	27
<i>blisovi fe 1/20</i>	27	<i>candesartan cilexetil</i>	14
BOOSTRIX	36	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	13
BOSULIF	59	CAPLYTA	63
BRAFTOVI	59	CAPRELSA	59
BREO ELLIPTA	40	<i>captopril</i>	16
BREZTRI AEROSPHERE	42	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>briellyn</i>	27	<i>carbamazepine</i>	52
BRILINTA	69	<i>carbamazepine er</i>	52
BRIMONIDINE TARTRATE	38	<i>carbidopa</i>	11
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	38	<i>carbidopa/levodopa</i>	11
<i>brinzolamide</i>	38	<i>carbidopa/levodopa er</i>	11
BRIVIACT	52	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	11
<i>bromfenac sodium</i>	39	<i>carglumic acid</i>	68
<i>bromocriptine mesylate</i>	11	<i>carteolol hcl</i>	38
BRONCHITOL	40	<i>cartia xt</i>	12
BRUKINSA	59	<i>carvedilol</i>	12
<i>budesonide</i>	16	<i>caspofungin acetate</i>	56
<i>budesonide</i>	42	CAYSTON	41
<i>budesonide er</i>	16	<i>cefaclor</i>	48
<i>bumetanide</i>	15	<i>cefadroxil</i>	48
<i>buprenorphine</i>	45	CEFAZOLIN	48
<i>buprenorphine hcl</i>	40	<i>cefazolin sodium</i>	48
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	40	<i>cefdinir</i>	48
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	40	<i>cefpime</i>	48
<i>hydrochloride</i>		<i>cefpime hydrochloride</i>	48
<i>bupropion hcl</i>	53	<i>cefixime</i>	48

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefotaxime sodium</i>	48	CLENPIQ	24
<i>cefotetan</i>	49	CLIMARA PRO	27
<i>cefoxitin sodium</i>	49	<i>clindacin etz pledges</i>	48
<i>cefpodoxime proxetil</i>	49	<i>clindamycin hcl</i>	48
<i>cefprozil</i>	49	<i>clindamycin hydrochloride</i>	48
<i>ceftazidime</i>	49	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	48
<i>ceftazidime/dextrose</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	23
<i>ceftriaxone sodium</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	48
<i>cefuroxime axetil</i>	49	<i>clobazam</i>	51
<i>cefuroxime sodium</i>	49	<i>clobetasol propionate</i>	22
<i>celecoxib</i>	46	<i>clobetasol propionate e</i>	22
<i>cephalexin</i>	49	<i>clomipramine hydrochloride</i>	54
CERDELGA	73	<i>clonazepam</i>	51
<i>chateal</i>	27	<i>clonazepam odt</i>	51
<i>chateal eq</i>	27	<i>clonidine</i>	14
CHEMET	68	<i>clonidine hydrochloride</i>	14
<i>chlorhexidine gluconate</i>	21	<i>clopidogrel</i>	69
<i>chloroquine phosphate</i>	62	<i>clorazepate dipotassium</i>	47
<i>chlorothiazide</i>	15	<i>clotrimazole</i>	56
<i>chlorpromazine hcl</i>	62	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	21
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	62	CLOVIQUE	68
<i>chlorthalidone</i>	15	<i>clozapine</i>	63
CHOLBAM	73	<i>clozapine odt</i>	63
<i>cholestyramine</i>	15	COARTEM	62
<i>cholestyramine light</i>	15	COBENFY	20
<i>cyclodan</i>	23	COBENFY STARTER PACK	20
<i>ciclopirox</i>	23	<i>colchicine</i>	16
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	23	<i>colesevelam hydrochloride</i>	15
<i>ciclopirox olamine</i>	23	<i>colestipol hcl</i>	15
<i>cidofovir</i>	65	<i>colistimethate sodium</i>	48
<i>cilstostazol</i>	69	<i>colocort</i>	17
CIMDUO	67	COLUMVI	58
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	17	COMBIGAN	38
CINRYZE	34	COMBIVENT RESPIMAT	40
CIPRO	50	COMETRIQ	60
<i>ciprofloxacin</i>	45	COMPLERA	66
<i>ciprofloxacin</i>	50	<i>compro</i>	55
<i>ciprofloxacin hcl</i>	50	<i>constulose</i>	24
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	39	COPIKTRA	60
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	50	CORLANOR	13
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	50	<i>cortisone acetate</i>	31
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	45	COSENTYX	33
<i>cisplatin</i>	57	COSENTYX SENSOREADY PEN	33
<i>citalopram hydrobromide</i>	54	COSENTYX UNOREADY	33
<i>claravis</i>	22	COTELLIC	60
<i>clarithromycin</i>	50	CREON	73
<i>clarithromycin er</i>	50	<i>cromolyn sodium</i>	38

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cromolyn sodium</i>	43	DESCOZY	67
<i>cromolyn sodium</i>	73	<i>desipramine hydrochloride</i>	54
<i>cryselle-28</i>	27	<i>desmopressin acetate</i>	26
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	44	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	27
CUTAQUIG	34	<i>desonide</i>	22
CUVITRU	34	<i>desoximetasone</i>	22
<i>cyclafem 1/35</i>	27	<i>desvenlafaxine er</i>	54
<i>cyclafem 7/7/7</i>	27	<i>dexamethasone</i>	31
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	73	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	39
<i>cyclophosphamide</i>	57	DEXILANT	25
<i>cycloserine</i>	55	<i>dexlansoprazole</i>	25
<i>cyclosporine</i>	34	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	19
<i>cyclosporine</i>	38	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	19
<i>cyclosporine modified</i>	34	<i>dextrose 5%</i>	68
CYLTEZO	35	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	68
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	34	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	69
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	35	DIACOMIT	51
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	35	<i>diazepam</i>	47
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	42	<i>diazepam intensol</i>	47
CYSTAGON	73	<i>diazepam rectal gel</i>	51
CYSTARAN	38	<i>diazoxide</i>	72
<i>dalfampridine er</i>	17	<i>diclofenac potassium</i>	46
<i>danazol</i>	26	<i>diclofenac sodium</i>	21
<i>dantrolene sodium</i>	10	<i>diclofenac sodium</i>	39
<i>dapsone</i>	55	<i>diclofenac sodium</i>	46
DAPTACEL	36	<i>diclofenac sodium dr</i>	46
<i>daptomycin</i>	48	<i>diclofenac sodium er</i>	46
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	48	<i>dicloxacillin sodium</i>	49
<i>darunavir</i>	64	<i>dicyclomine hcl</i>	24
DARZALEX FASPRO	57	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	24
<i>dasatinib</i>	60	DIFICID	50
<i>dasetta 1/35</i>	27	<i>diflunisal</i>	46
<i>dasetta 7/7/7</i>	27	<i>digitek</i>	14
DAURISMO	60	<i>digox</i>	14
<i>daysee</i>	27	<i>digoxin</i>	14
<i>deblitane</i>	30	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	10
<i>deferasirox</i>	68	DILANTIN	52
DELSTRIGO	66	<i>diltiazem hcl</i>	12
<i>delyla</i>	27	<i>diltiazem hcl cd</i>	12
<i>demeclacycline hcl</i>	50	<i>diltiazem hcl er</i>	12
<i>demeclacycline hydrochloride</i>	50	<i>diltiazem hydrochloride</i>	12
DENGVAXIA	36	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	12
DEPO-PROVERA	30	<i>dilt-xr</i>	12
DEPO-SUBQ PROVERA 104	30	<i>dimethyl fumarate</i>	17

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate	23	effer-k	69
diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric	36	ELAPRASE	73
disulfiram	40	elinest	27
divalproex sodium	51	ELIQUIS	69
divalproex sodium dr	51	ELIQUIS STARTER PACK	69
divalproex sodium er	51	ELLA	44
dofetilide	14	ELMIRON	25
dolishale	27	eluryng	27
donepezil hcl	10	EMCYT	57
donepezil hydrochloride	10	EMGALITY	10
DOPTELET	69	EMPAVELI	33
dorzolamide hcl/timolol maleate	38	EMSAM	53
dorzolamide hydrochloride	38	emtricitabine	67
DOTTI	27	emtricitabine/tenofovir disoproxil	67
DOVATO	66	emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	67
doxazosin mesylate	25	EMTRIVA	67
doxepin hcl	54	emzahh	30
doxepin hydrochloride	54	enalapril maleate	16
doxy 100	50	enalapril maleate/hydrochlorothiazide	13
doxycycline	51	ENBREL	35
doxycycline hyclate	21	ENBREL MINI	35
doxycycline hyclate	50	ENBREL SURECLICK	35
doxycycline monohydrate	50	ENDARI	73
d-penamine	25	endocet	45
DRIZALMA SPRINKLE	54	ENGERIX-B	36
dronabinol	55	enilloring	27
DROXIA	57	ENJAYMO	33
droxidopa	14	enoxaparin sodium	70
DULERA	40	enpresse-28	27
duloxetine hydrochloride	54	entacapone	11
DUPIXENT	33	entecavir	67
dutasteride	25	ENTRESTO	13
dutasteride/tamsulosin hydrochloride	25	enulose	24
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	44	ENVARSUS XR	35
ec-naproxen	46	EPIDIOLEX	52
econazole nitrate	56	epinephrine	13
EDARBI	14	epinephrine	43
EDARBYCLOR	13	epitol	52
EDURANT	66	EPKINLY	58
efavirenz	66	eplerenone	15
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	66	epoprostenol sodium	41
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	66	EPRONTIA	52
		ergoloid mesylates	10
		ergotamine tartrate/caffeine	10
		ERIVEDGE	60
		ERLEADA	57
		erlotinib hydrochloride	60

Nombre del medicamento		Página	Nombre del medicamento		Página
	<i>errin</i>	30		<i>fenofibrate</i>	14
	<i>ertapenem</i>	50		<i>fenofibrate micronized</i>	14
	<i>ertapenem sodium</i>	50		<i>fenofibric acid dr</i>	14
	<i>ery</i>	23		<i>fentanyl</i>	45
	<i>erythromycin</i>	23		<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	45
	<i>erythromycin</i>	39		FETZIMA	54
	<i>erythromycin dr</i>	50		FETZIMA TITRATION PACK	54
	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	50		FINACEA	22
	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	22		<i>finasteride</i>	25
	<i>escitalopram oxalate</i>	54		<i> fingolimod hydrochloride</i>	17
	<i>esomeprazole magnesium</i>	25		FINTEPLA	52
	<i>estarrylla</i>	27		FIRMAGON	32
	<i>estradiol</i>	27		FLAREX	39
	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	27		<i>flecainide acetate</i>	14
	ESTRING	27		<i>fluconazole</i>	56
	<i>eszopiclone</i>	20		<i>fluconazole in dextrose</i>	56
	<i>ethambutol hydrochloride</i>	56		<i>fluconazole in sodium chloride</i>	56
	<i>ethosuximide</i>	51		<i>flucytosine</i>	56
	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	27		<i>fludrocortisone acetate</i>	31
	<i>etodolac</i>	46		<i>flunisolide</i>	42
	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	27		<i>fluocinolone acetonide</i>	22
	<i>etravirine</i>	66		<i>fluocinolone acetonide body</i>	22
	EUCRISA	22		<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	22
	EUTHYROX	31		<i>fluocinolone acetonide topical</i>	22
	<i>everolimus</i>	35		<i>fluocinonide</i>	22
	<i>everolimus</i>	60		<i>fluorometholone</i>	39
	EVOTAZ	65		<i>fluorouracil</i>	21
	EVRYSDI	73		<i>fluoxetine hydrochloride</i>	54
	<i>exemestane</i>	59		<i>fluphenazine decanoate</i>	62
	EXKIVITY	60		<i>fluphenazine hcl</i>	62
	<i>ezetimibe</i>	15		<i>fluphenazine hydrochloride</i>	63
	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15		<i>flurbiprofen</i>	46
	FABRAZYME	73		<i>flurbiprofen sodium</i>	39
	<i>falmina</i>	27		<i>flutamide</i>	57
	<i>famciclovir</i>	66		<i>fluticasone propionate</i>	22
	<i>famotidine</i>	24		<i>fluticasone propionate</i>	42
	FANAPT	63		<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	40
	FANAPT TITRATION PACK	63		<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	40
	FARXIGA	71		<i>fluvastatin</i>	15
	FARYDAK	60		<i>fluvastatin sodium er</i>	15
	FASENRA	40		<i>fluvoxamine maleate</i>	54
	FASENRA PEN	40		<i>fondaparinux sodium</i>	70
	<i>fayosim</i>	27		<i>formoterol fumarate</i>	43
	<i>febuxostat</i>	16		FORTEO	17
	<i>felbamate</i>	52		<i>fosamprenavir calcium</i>	65
	<i>felodipine er</i>	12		<i>fosinopril sodium</i>	16
	<i>femynor</i>	27		<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
FOTIVDA	57	glyburide	71
FRAGMIN	70	glyburide/metformin hydrochloride	71
FRUZAQLA	60	glycopyrrrolate	25
<i>furosemide</i>	15	GLYXAMBI	71
FUZEON	65	<i>griseofulvin microsize</i>	56
FYAVOLV	27	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	56
FYCOMPA	52	<i>guanfacine hydrochloride</i>	14
<i>gabapentin</i>	51	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	19
<i>galantamine hydrobromide</i>	10	GUANIDINE HCL	11
<i>galantamine hydrobromide er</i>	10	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	72
<i>gallifrey</i>	30	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	72
GAMASTAN	34	GVOKE KIT	72
GAMMAKED	34	GVOKE PFS	72
GAMUNEX-C	34	<i>hailey 1.5/30</i>	27
<i>ganciclovir</i>	65	<i>hailey fe 1.5/30</i>	27
GARDASIL 9	36	<i>hailey fe 1/20</i>	27
<i>gatifloxacin</i>	39	halobetasol propionate	22
<i>gavilyte-c</i>	24	<i>haloette</i>	27
<i>gavilyte-g</i>	24	<i>haloperidol</i>	63
<i>gavilyte-h</i>	24	<i>haloperidol decanoate</i>	63
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	24	<i>haloperidol lactate</i>	63
GAVRETO	58	HAVRIX	36
<i>gefitinib</i>	60	<i>heather</i>	30
GELNIQUE PUMP	25	HEPAGAM B	34
<i>gemfibrozil</i>	14	<i>heparin sodium</i>	70
GEMTESA	25	HEPLISAV-B	36
<i>generlac</i>	24	HIBERIX	36
<i>gengraf</i>	35	HIZENTRA	34
GENOTROPIN	26	HUMALOG	72
GENOTROPIN MINIQUICK	26	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	72
<i>gentak</i>	39	HUMALOG KWIKPEN	72
<i>gentamicin sulfate</i>	39	HUMALOG MIX 50/50	72
<i>gentamicin sulfate</i>	47	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	72
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	47	HUMALOG MIX 75/25	72
GENVOYA	66	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	72
GILOTrif	60	HUMATIN	47
<i>glatiramer acetate</i>	17	HUMIRA	35
GLEOSTINE	57	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	35
<i>glimepiride</i>	71	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide</i>	71	HUMIRA PEN	35
<i>glipizide er</i>	71	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	35
<i>glipizide xl</i>	71	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	35
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	71	STARTER PACK	
GLUCAGEN HYPOKIT	72	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	35
<i>glucagon emergency kit</i>	72	HUMULIN 70/30	72
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	72	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	72
LOW BLOOD SUGAR		HUMULIN N	72

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMULIN N KWIKPEN	72	INCRUSE ELLIPTA	42
HUMULIN R	72	<i>indapamide</i>	15
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	72	<i>indomethacin</i>	46
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	72	<i>indomethacin er</i>	46
<i>hydralazine hcl</i>	16	INFANRIX	36
<i>hydralazine hydrochloride</i>	16	INFLECTRA	35
<i>hydrochlorothiazide</i>	15	INFLIXIMAB	35
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	45	INGREZZA	20
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	45	INLYTA	60
<i>hydrocortisone</i>	17	INQOVI	60
<i>hydrocortisone</i>	23	INREBIC	58
<i>hydrocortisone</i>	31	<i>insulin lispro</i>	72
<i>hydrocortisone valerate</i>	23	INTELENCE	66
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	45	INTRON A	34
<i>hydromorphone hcl</i>	45	<i>introvale</i>	27
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	45	INVEGA HAFYERA	63
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	45	INVEGA SUSTENNA	63
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	62	INVEGA TRINZA	64
<i>hydroxyurea</i>	57	INVIRASE	65
<i>hydroxyzine hcl</i>	42	IPOL INACTIVATED IPV	37
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	42	<i>ipratropium bromide</i>	42
<i>hydroxyzine pamoate</i>	47	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	41
<i>HYPERHEP B</i>	34	<i>irbesartan</i>	14
<i>ibandronate sodium</i>	17	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>IBRANCE</i>	58	ISENTRESS	66
<i>IBRANCE</i>	60	ISENTRESS HD	66
<i>ibu</i>	46	<i>ISONIAZID</i>	56
<i>ibuprofen</i>	46	<i>isosorbide dinitrate</i>	16
<i>icatibant acetate</i>	34	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	13
<i>iclevia</i>	27	<i>hydrochloride</i>	
<i>ICLUSIG</i>	60	<i>isosorbide mononitrate</i>	16
<i>icosapent ethyl</i>	15	<i>isosorbide mononitrate er</i>	16
<i>IDHIFA</i>	58	<i>isotretinoin</i>	22
<i>IGALMI</i>	44	<i>isradipine</i>	12
<i>ILARIS</i>	33	<i>ISTURISA</i>	32
<i>ILEVRO</i>	39	<i>ITOVEBI</i>	58
<i>imatinib mesylate</i>	60	<i>itraconazole</i>	56
<i>IMBRUVICA</i>	60	<i>ivabradine hydrochloride</i>	13
<i>imipenem/cilastatin</i>	50	<i>ivermectin</i>	62
<i>imipramine hcl</i>	54	<i>IWILFIN</i>	58
<i>imipramine hydrochloride</i>	54	<i>IXCHIQ</i>	37
<i>imiquimod</i>	21	<i>IXIARO</i>	37
IMOVA X RABIES (H.D.C.V.)	36	<i>jaimiess</i>	27
<i>IMPAVIDO</i>	48	<i>JAKAFI</i>	60
<i>INBRIJA</i>	11	<i>jantoven</i>	70
<i>incassia</i>	30	<i>JANUMET</i>	71
<i>INCRELEX</i>	26	<i>JANUMET XR</i>	71

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
JANUVIA	71	<i>klor-con/ef</i>	69
JARDIANCE	71	KORLYM	30
JAVYGTOR	73	KOSELUGO	60
JAYPIRCA	60	<i>kourzeq</i>	21
<i>jencycla</i>	30	KRAZATI	58
JENTADUETO	71	<i>kurvelo</i>	28
JENTADUETO XR	71	KYNMOBI	11
<i>jinteli</i>	27	KYNMOBI TITRATION KIT	11
<i>jolessa</i>	28	<i>labetalol hydrochloride</i>	12
<i>jolivette</i>	30	<i>lacosamide</i>	52
JUBLIA	56	<i>lactulose</i>	24
JULUCA	66	LAGEVRIO	44
<i>junel 1.5/30</i>	28	<i>lamivudine</i>	67
<i>junel 1/20</i>	28	<i>lamivudine</i>	67
<i>junel fe 1.5/30</i>	28	<i>lamivudine/zidovudine</i>	67
<i>junel fe 1/20</i>	28	<i>lamotrigine</i>	52
JYLAMVO	36	<i>lamotrigine er</i>	52
JYNNEOS	37	<i>lamotrigine odt</i>	52
KALYDECO	41	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	52
KANJINTI	57	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	52
KANUMA	73	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	52
<i>kariva</i>	28	<i>lamotrigine titration</i>	52
<i>kelnor 1/35</i>	28	LANREOTIDE ACETATE	32
<i>kelnor 1/50</i>	28	<i>lansoprazole</i>	25
KEPIVANCE	21	LANTUS	72
KERENDIA	13	LANTUS SOLOSTAR	72
KESIMPTA	18	<i>lapatinib ditosylate</i>	60
<i>ketoconazole</i>	56	<i>larin 1.5/30</i>	28
<i>ketorolac tromethamine</i>	39	<i>larin 1/20</i>	28
<i>ketorolac tromethamine</i>	46	<i>larin fe 1.5/30</i>	28
<i>kimidess</i>	28	<i>larin fe 1/20</i>	28
KINERET	33	<i>larissia</i>	28
KINRIX	37	<i>latanoprost</i>	39
<i>kionex</i>	67	LAZCLUZE	58
KISQALI	60	<i>leflunomide</i>	36
KISQALI FEMARA 200 DOSE	58	<i>lenalidomide</i>	57
KISQALI FEMARA 400 DOSE	58	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	60
KISQALI FEMARA 600 DOSE	58	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	60
<i>klayesta</i>	56	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	60
KLISYRI	21	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	60
<i>klor-con</i>	69	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	60
<i>klor-con 10</i>	69	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	60
<i>klor-con 8</i>	69	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	60
<i>klor-con m10</i>	69	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	61
<i>klor-con m15</i>	69	<i>lessina</i>	28
<i>klor-con m20</i>	69	<i>letrozole</i>	59
<i>klor-con sprinkle</i>	69	<i>leucovorin calcium</i>	59

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LEUKERAN	57	loperamide hcl	23
<i>leuprolide acetate</i>	32	<i>lopinavir/ritonavir</i>	65
<i>levalbuterol</i>	43	<i>lopreeza</i>	28
<i>levalbuterol hcl</i>	43	LOQTORZI	57
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	43	<i>lorazepam</i>	47
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	43	<i>lorazepam intensol</i>	47
LEVEMIR	72	LORBRENA	61
LEVEMIR FLEXPEN	72	<i>lorcet</i>	45
LEVEMIR FLEXTOUCH	72	<i>lorcet hd</i>	46
<i>levetiracetam</i>	52	<i>lorcet plus</i>	46
<i>levetiracetam er</i>	52	<i>losartan potassium</i>	14
<i>levobunolol hcl</i>	38	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	42	LOTEMAX SM	39
<i>levofloxacin</i>	39	<i>lovastatin</i>	15
<i>levofloxacin</i>	50	<i>low-ogestrel</i>	28
<i>levofloxacin in d5w</i>	50	<i>loxapine</i>	63
<i>levonest</i>	28	<i>lubiprostone</i>	24
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	28	LUMAKRAS	58
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	28	LUMIGAN	39
<i>levora 0.15/30-28</i>	28	LUMIZYME	74
LEVO-T	31	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	32
<i>levothyroxine sodium</i>	31	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	32
LEVOXYL	31	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	32
LEXIVA	65	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	32
<i>l-glutamine</i>	73	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	32
LIBERVANT	51	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	32
<i>lidocaine</i>	47	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	26
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	21	<i>lurasidone hydrochloride</i>	64
<i>lidocaine viscous</i>	21	<i>lutera</i>	28
<i>lidocaine/prilocaine</i>	47	LYBALVI	64
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	47	<i>lyleq</i>	30
<i>lillow</i>	28	<i>lyllana</i>	28
<i>linezolid</i>	48	LYNPARZA	61
LINZESS	24	LYSODREN	32
<i>liothyronine sodium</i>	31	LYTGOBI	58
<i>lisinopril</i>	16	LYUMJEV	72
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	13	LYUMJEV KWIKPEN	72
<i>lithium</i>	39	<i>lyza</i>	30
<i>lithium carbonate</i>	39	<i>magnesium sulfate</i>	69
<i>lithium carbonate er</i>	39	<i>malathion</i>	23
LIVALO	15	<i>maprotiline hcl</i>	53
LIVMARLI	44	<i>maraviroc</i>	65
LIVTENCITY	65	<i>marlissa</i>	28
<i>lojaimiess</i>	28	MARPLAN	53
LOKELMA	67	MATULANE	57
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	42	<i>matzim la</i>	12
LONSURF	58	MAVYRET	65

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MAYZENT	18	<i>metyrosine</i>	13
MAYZENT STARTER PACK	18	<i>mexiletine hcl</i>	14
<i>meclizine hcl</i>	55	<i>microgestin 1.5/30</i>	28
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	30	<i>microgestin 1/20</i>	28
<i>mefloquine hcl</i>	62	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	28
<i>megestrol acetate</i>	30	<i>microgestin fe 1/20</i>	28
MEKINIST	61	<i>midodrine hcl</i>	14
MEKTOVI	61	<i>mifepristone</i>	30
<i>meloxicam</i>	46	<i> miglustat</i>	74
memantine hcl titration pak	10	<i> mili</i>	28
<i>memantine hydrochloride</i>	10	<i> mimvey</i>	28
memantine hydrochloride er	10	<i> mimvey lo</i>	28
MENACTRA	37	<i> minocycline hcl</i>	51
MENEST	28	<i> minocycline hydrochloride</i>	51
MENQUADFI	37	<i> minoxidil</i>	16
MENVEO	37	<i> mirtazapine</i>	53
mercaptopurine	57	<i> mirtazapine odt</i>	53
<i>meropenem</i>	50	<i> misoprostol</i>	25
<i>mesalamine</i>	16	<i> M-M-R II</i>	37
<i>mesalamine dr</i>	16	<i> modafinil</i>	20
<i>mesalamine er</i>	16	<i> moexipril hcl</i>	16
MESNEX	59	<i> molindone hydrochloride</i>	63
metformin hydrochloride	71	<i> mometasone furoate</i>	23
metformin hydrochloride er	71	<i> mometasone furoate</i>	42
<i>methadone hcl</i>	45	<i> monodoxyne nl</i>	51
<i>methadone hydrochloride</i>	45	<i> mono-linyah</i>	28
methadone hydrochloride intensol	45	<i> mononessa</i>	28
<i>methazolamide</i>	38	<i> montelukast sodium</i>	42
<i>methenamine hippurate</i>	48	<i> morgidox 1x100mg</i>	51
<i>methimazole</i>	33	<i> morgidox 2x100mg</i>	51
<i>methocarbamol</i>	73	<i> morphine sulfate</i>	46
<i>methotrexate</i>	36	<i> morphine sulfate er</i>	45
<i>methotrexate sodium</i>	36	<i> MOTEGRITY</i>	24
<i>methsuximide</i>	52	<i> MOUNJARO</i>	71
<i>methyldopa</i>	14	<i> moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	50
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	19	<i> hydrochloride</i>	
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	19	<i> moxifloxacin hydrochloride</i>	39
<i>methylprednisolone</i>	31	<i> moxifloxacin hydrochloride</i>	50
<i>methylprednisolone dose pack</i>	31	<i> MRESVIA</i>	37
<i>metoclopramide hcl</i>	24	<i> MULTAQ</i>	14
metoclopramide hydrochloride	24	<i> mupirocin</i>	23
<i>metolazone</i>	15	<i> mycophenolate mofetil</i>	36
<i>metoprolol succinate er</i>	12	<i> mycophenolic acid dr</i>	36
<i>metoprolol tartrate</i>	12	<i> myorisan</i>	22
<i>metronidazole</i>	22	<i> MYRBETRIQ</i>	25
<i>metronidazole</i>	48	<i> NABI-HB</i>	34
<i>metronidazole vaginal</i>	48	<i> nabumetone</i>	46

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nadolol</i>	12	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	48
<i>nafcillin sodium</i>	49	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	48
NAGLAZYME	74	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys-</i>	48
<i>naloxone hcl</i>	40	<i>tals</i>	
<i>naloxone hydrochloride</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naltrexone hcl</i>	40	<i>nitroglycerin</i>	24
NAMZARIC	10	<i>nitroglycerin transdermal</i>	16
<i>naproxen</i>	46	NIVA THYROID	31
<i>naproxen dr</i>	46	<i>nizatidine</i>	24
<i>naproxen sodium</i>	46	<i>nora-be</i>	30
<i>naratriptan hcl</i>	10	<i>norethindrone</i>	30
NATACYN	39	<i>norethindrone acetate</i>	30
<i>nateglinide</i>	71	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	29
NAYZILAM	52	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	28
<i>nebivolol</i>	12	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	12	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	29
<i>necon 0.5/35-28</i>	28	<i>norlyda</i>	30
<i>necon 7/7/7</i>	28	<i>norlyroc</i>	30
<i>nefazodone hydrochloride</i>	54	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	29
<i>neomycin sulfate</i>	47	<i>nortrel 1/35</i>	29
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	38	<i>nortrel 7/7/7</i>	29
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	38	<i>nortriptyline hcl</i>	54
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	38	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	54
<i>one</i>		NORVIR	65
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	38	NOVOLIN 70/30	72
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	38	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	72
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	45	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	72
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	45	NOVOLIN 70/30 RELION	72
<i>neo-polycin</i>	38	NOVOLIN N	72
<i>neo-polycin hc</i>	38	NOVOLIN N FLEXPEN	73
NERLYNX	61	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	73
NEULASTA	70	NOVOLIN N RELION	73
NEULASTA ONPRO KIT	70	NOVOLIN R	73
NEUPRO	11	NOVOLIN R FLEXPEN	73
<i>nevirapine</i>	66	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	73
<i>nevirapine er</i>	66	NOVOLIN R RELION	73
NEXLETOL	15	NOVOLOG	73
NEXLIZET	15	NOVOLOG FLEXPEN	73
<i>niacin er</i>	15	NOVOLOG FLEXPEN RELION	73
NICOTROL NS	40	NOVOLOG MIX 70/30	73
<i>nifedipine er</i>	12	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	73
<i>nilutamide</i>	57	FLEXPEN	
<i>nimodipine</i>	12	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	73
NINLARO	58	FLEXPEN RELION	
<i>nitazoxanide</i>	62	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	73
<i>nitisinone</i>	74	NOVOLOG PENFILL	73
NITRO-BID	16	NOVOLOG RELION	73
		<i>np thyroid 120</i>	31

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024
Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>np thyroid 15</i>	31	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	44
<i>np thyroid 30</i>	31	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	44
<i>np thyroid 60</i>	31	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	44
<i>np thyroid 90</i>	31	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	44
NUBEQA	57	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	44
NUCALA	41	<i>ondansetron hcl</i>	55
NUEDEXTA	20	<i>ondansetron hydrochloride</i>	55
NUPLAZID	64	<i>ondansetron odt</i>	55
NURTEC	10	ONUREG	58
NUTRILIPID	44	OPDUALAG	59
<i>nyamyc</i>	56	OPSUMIT	41
<i>nylia 1/35</i>	29	<i>oralone dental paste</i>	21
<i>nylia 7/77</i>	29	ORENCIA	33
NYMALIZE	12	ORENCIA	36
<i>nymyo</i>	29	ORENCIA CLICKJECT	33
<i>nystatin</i>	56	ORENITRAM	41
<i>nystatin/triamcinolone</i>	21	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	21	1	1
<i>nystop</i>	56	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
OCREVUS	18	2	2
OCREVUS ZUNOVO	18	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	41
<i>octreotide acetate</i>	32	3	3
ODEFSEY	67	ORGOVYX	32
ODOMZO	61	ORKAMBI	41
OFEV	41	<i>orphenadrine citrate er</i>	73
<i>ofloxacin</i>	39	<i>ORSERDU</i>	58
<i>ofloxacin</i>	45	<i>orsythia</i>	29
OGSIVEO	58	<i>oseltamivir phosphate</i>	65
OJEMDA	61	OSMOLEX ER	11
OJJAARA	61	OSPHENA	26
<i>olanzapine</i>	64	OTEZLA	21
<i>olanzapine odt</i>	64	OTEZLA	33
<i>olmesartan medoxomil</i>	14	<i>oxacillin sodium</i>	49
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>oxaprozin</i>	46
<i>olopatadine hcl</i>	38	OXBRYTA	70
<i>olopatadine hydrochloride</i>	38	<i>oxcarbazepine</i>	52
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	15	OXLUMO	44
<i>omeprazole</i>	25	<i>oxybutynin chloride</i>	25
<i>omeprazole dr</i>	25	<i>oxybutynin chloride er</i>	25
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	44	<i>oxycodone hydrochloride</i>	46
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	44	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	46
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	44	OZEMPIC	71
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	44	PACERONE	14
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	44	<i>paliperidone er</i>	64
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	44	PANRETIN	62
		<i>pantoprazole sodium</i>	25

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PANZYGA	34	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	49
<i>paricalcitol</i>	17	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	61
<i>paroex</i>	21	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	61
<i>paromomycin sulfate</i>	47	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	61
<i>paroxetine hcl</i>	54	<i>pirfenidone</i>	41
<i>paroxetine hydrochloride</i>	54	<i>pirmella 1/35</i>	29
PASER	56	<i>pirmella 7/77</i>	29
PAXLOVID	44	<i>piroxicam</i>	46
<i>pazopanib hydrochloride</i>	61	<i>pitavastatin calcium</i>	15
PEDIARIX	37	PLENAMINE	69
PEDVAX HIB	37	<i>podofilox</i>	21
<i>peg 3350/electrolytes</i>	24	<i>polycin</i>	38
<i>peg-3350/electrolytes</i>	24	<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate)</i>	38
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	24	POMALYST	57
PEGANONE	52	<i>portia-28</i>	29
PEGASYS	34	<i>posaconazole</i>	56
<i>pegylax</i>	24	<i>posaconazole dr</i>	56
PEMAZYRE	58	<i>potassium chloride</i>	69
PENBRAYA	37	<i>potassium chloride er</i>	69
<i>penicillamine</i>	25	<i>potassium chloride sr</i>	69
<i>penicillin g sodium</i>	49	<i>potassium citrate er</i>	69
<i>penicillin v potassium</i>	49	PRALUENT	15
PENTACEL	37	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11
<i>pentamidine isethionate</i>	62	<i>prasugrel hydrochloride</i>	69
<i>pentoxifylline er</i>	13	<i>pravastatin sodium</i>	15
<i>perindopril erbumine</i>	16	<i>praziquantel</i>	62
<i>permethrin</i>	23	<i>prazosin hydrochloride</i>	11
<i>perphenazine</i>	63	<i>prednisolone</i>	31
PERSERIS	64	<i>prednisolone acetate</i>	39
<i>phenadoz</i>	55	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	31
<i>phenelzine sulfate</i>	53	<i>prednisone</i>	31
<i>phenobarbital</i>	51	<i>pregabalin</i>	18
PHENYTEK	52	PREHEVBARIO	37
<i>phenytoin</i>	52	PREMARIN	29
<i>phenytoin infatabs</i>	52	<i>premium lidocaine</i>	47
<i>phenytoin sodium extended</i>	52	PREMPHASE	29
PHESGO	58	PREMPRO	29
<i>philith</i>	29	<i>prenatal</i>	69
PIFELTRO	66	<i>prevalite</i>	15
<i>pilocarpine hcl</i>	38	<i>previfem</i>	29
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	21	PREVYMIC	65
<i>pimozone</i>	63	PREZCOBIX	65
<i>pintrea</i>	29	PREZISTA	65
<i>pindolol</i>	12	PRIFTIN	56
<i>pioglitazone hcl</i>	71	<i>primaquine phosphate</i>	62
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	71	<i>primidone</i>	51
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	71	PRIORIX	37

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PRIVIGEN	34	QVAR REDIHALER	42
PROAIR RESPICLICK	43	RABAVERT	37
<i>probencid</i>	16	<i>rabeprazole sodium</i>	25
<i>probencid/colchicine</i>	16	<i>raloxifene hydrochloride</i>	26
<i>prochlorperazine</i>	55	<i>ramelteon</i>	21
<i>prochlorperazine edisylate</i>	55	<i>ramipril</i>	16
<i>prochlorperazine maleate</i>	55	<i>ranolazine er</i>	13
PROCRT	70	<i>rasagiline mesylate</i>	11
<i>procto-med hc</i>	17	RAYALDEE	17
<i>proctosol hc</i>	17	REBETOL	66
<i>protozone-hc</i>	17	REBIF	18
<i>progesterone</i>	30	REBIF REBIDOSE	18
PROGRAF	36	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	18
PROLASTIN-C	74	REBIF TITRATION PACK	18
PROLENSA	39	RECOMBIVAX HB	37
PROLIA	17	RECTIV	24
PROMACTA	70	RELENZA DISKHALER	65
<i>promethazine hcl</i>	55	RELISTOR	24
<i>promethazine hydrochloride</i>	55	REMICADE	36
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	55	RENFLEXIS	36
<i>promethegan</i>	55	<i>repaglinide</i>	71
<i>propafenone hcl</i>	14	REPATHA	15
<i>propafenone hydrochloride</i>	14	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	15
<i>propafenone hydrochloride er</i>	14	REPATHA SURECLICK	15
<i>propranolol hcl</i>	12	RESTASIS	38
<i>propranolol hcl er</i>	12	RESTASIS MULTIDOSE	38
<i>propranolol hydrochloride</i>	12	RETACRIT	70
<i>propranolol hydrochloride er</i>	12	RETEVMO	58
<i>propylthiouracil</i>	33	RETROVIR IV INFUSION	67
PROQUAD	37	REVCovi	74
<i>protriptyline hcl</i>	54	REVLIMID	57
PULMOZYME	41	REXULTI	64
PURIXAN	58	REYATAZ	65
<i>pyrazinamide</i>	56	REZLIDHIA	61
<i>pyridostigmine bromide</i>	11	REZUROCK	36
<i>pyrimethamine</i>	62	RHOPRESA	38
PYRUKYND	70	<i>ribavirin</i>	66
PYRUKYND TAPER PACK	70	<i>rifabutin</i>	55
QINLOCK	57	<i>rifampin</i>	56
QUADRACEL	37	<i>riluzole</i>	20
<i>quetiapine fumarate</i>	64	RINVOQ	33
<i>quetiapine fumarate er</i>	64	RINVOQ LQ	33
<i>quinapril hydrochloride</i>	16	<i>risedronate sodium</i>	17
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>risedronate sodium dr</i>	17
<i>quinidine sulfate</i>	14	RISPERDAL CONSTA	64
<i>quinine sulfate</i>	62	<i>risperidone</i>	64
QULIPTA	11	<i>risperidone er</i>	64

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>risperidone odt</i>	64	SHINGRIX	37
<i>ritonavir</i>	65	SIGNIFOR	32
<i>rivastigmine tartrate</i>	10	SIGNIFOR LAR	32
<i>rivastigmine transdermal system</i>	10	<i>sildenafil citrate</i>	41
<i>rivelsa</i>	29	<i>silodosin</i>	25
<i>rizatriptan benzoate</i>	10	<i>silver sulfadiazine</i>	21
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	10	SIMBRINZA	38
ROCKLATAN	38	<i>simliya</i>	29
<i>roflumilast</i>	43	<i>simpesse</i>	29
ROLVEDON	70	<i>simvastatin</i>	15
<i>ropinirole er</i>	11	<i>sirolimus</i>	36
<i>ropinirole hcl</i>	11	SIRTURO	56
<i>ropinirole hydrochloride</i>	11	SKYCLARYS	44
<i>rosadan</i>	22	SKYRIZI	33
<i>rosuvastatin calcium</i>	15	SKYRIZI PEN	33
ROTARIX	37	<i>sodium chloride</i>	69
ROTATEQ	37	<i>sodium chloride 0.45%</i>	69
<i>roweepra</i>	53	<i>sodium chloride 0.9%</i>	44
<i>roweepra xr</i>	53	<i>sodium oxybate</i>	20
ROZLYTREK	61	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74
RUBRACA	61	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	67
<i>rufinamide</i>	52	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	24
RUKOBIA	65	sofosbuvir/velpatasvir	66
RUXIENCE	57	<i>solifenacin succinate</i>	25
RYBELSUS	71	SOLIQUA 100/33	71
RYDAPT	61	SOLTAMOX	57
RYTARY	11	SOMATULINE DEPOT	32
<i>sajazir</i>	34	SOMAVERT	32
SANDIMMUNE	36	<i>sorafenib</i>	61
SANTYL	21	<i>sorafenib tosylate</i>	61
SAPHNELO	33	<i>sorine</i>	14
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74	<i>sotalol hcl</i>	14
SAVELLA	18	<i>sotalol hydrochloride</i>	14
SAVELLA TITRATION PACK	18	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14
SCEMBLIX	58	SOTYKTU	21
<i>scopolamine</i>	55	SPEVIGO	23
SECUADO	64	SPIRIVA HANDIHALER	42
<i>selegiline hcl</i>	11	SPIRIVA RESPIMAT	42
<i>selenium sulfide</i>	23	<i>spironolactone</i>	15
SELZENTRY	65	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13
SEREVENT DISKUS	43	SPRAVATO 56MG DOSE	53
<i>sertraline hcl</i>	54	SPRAVATO 84MG DOSE	53
<i>sertraline hydrochloride</i>	55	<i>sprintec 28</i>	29
<i>setlakin</i>	29	SPRITAM	53
<i>sevelamer carbonate</i>	68	SPRYCEL	61
SFROWASA	16	<i>sps</i>	67
<i>sharobel</i>	30		

ID de formulario: 24077, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2024
Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sronyx</i>	29	<i>tarina fe 1/20</i>	29
<i>ssd</i>	21	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	29
STAMARIL	37	TASIGNA	61
<i>stavudine</i>	67	<i>tazarotene</i>	22
STELARA	34	TAZICEF	49
STIOLTO RESPIMAT	41	<i>taztia xt</i>	12
STIVARGA	61	TAZVERIK	59
STRENSIQ	74	TDVAX	37
<i>streptomycin sulfate</i>	47	TEFLARO	49
STRIBILD	66	TEGSEDI	74
<i>subvenite</i>	53	<i>telmisartan</i>	14
<i>subvenite starter kit/blue</i>	53	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>subvenite starter kit/green</i>	53	<i>temazepam</i>	21
<i>subvenite starter kit/orange</i>	53	TEMIXYS	67
SUCRAID	74	TENIVAC	37
<i>sucralfate</i>	25	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>sulfacetamide sodium</i>	39	TEPMETKO	61
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	38	<i>terazosin hcl</i>	11
<i>sulfadiazine</i>	50	<i>terazosin hydrochloride</i>	11
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim</i>	50	<i>terbinafine hcl</i>	56
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim ds</i>	50	<i>terconazole</i>	56
<i>sulfasalazine</i>	16	<i>teriparatide</i>	17
<i>sulindac</i>	46	<i>testosterone</i>	26
<i>sumatriptan</i>	10	<i>testosterone cypionate</i>	26
<i>sumatriptan succinate</i>	10	<i>testosterone enanthate</i>	26
<i>sunitinib malate</i>	61	<i>testosterone pump</i>	26
SUNLENCA	65	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	37
SUTAB	24	<i>tetrabenazine</i>	20
SYMPAZAN	51	<i>tetracycline hydrochloride</i>	51
SYMTUZA	65	TEVIMBRA	57
SYNAGIS	34	THALOMID	57
SYNJARDY	71	<i>theophylline er</i>	43
SYNJARDY XR	71	<i>thioridazine hcl</i>	63
SYNRIBO	59	<i>thiothixene</i>	63
SYNTHROID	31	THYROID	31
TABLOID	58	THYROLAR-1	31
TABRECTA	57	THYROLAR-1/2	31
<i>tacrolimus</i>	23	THYROLAR-1/4	31
<i>tacrolimus</i>	36	THYROLAR-2	31
<i>tadalafil</i>	25	THYROLAR-3	31
<i>tadalafil</i>	42	<i>tiadylt er</i>	12
TAFINLAR	61	<i>tiagabine hydrochloride</i>	51
TAGRISSO	61	TIBSOVO	61
TALZENNA	61	TICOVAC	37
<i>tamoxifén citrate</i>	57	<i>timolol maleate</i>	38
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	25	<i>tinidazole</i>	48

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tiotropium bromide</i>	43	<i>trifluoperazine hcl</i>	63
TIVICAY	66	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	63
TIVICAY PD	66	<i>trifluridine</i>	39
<i>tizanidine hcl</i>	10	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	11
<i>tizanidine hydrochloride</i>	10	TRIJARDY XR	72
TOBI PODHALER	41	TRIKAFTA	41
TOBRADEX	39	<i>tri-linyah</i>	29
TOBRADEX ST	39	<i>trilyte</i>	24
<i>tobramycin</i>	39	<i>trimethoprim</i>	48
<i>tobramycin</i>	41	<i>tri-mili</i>	29
<i>tobramycin sulfate</i>	47	<i>trimipramine maleate</i>	54
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	39	<i>trinessa</i>	29
<i>tolazamide</i>	71	TRINTELLIX	55
<i>tolterodine tartrate</i>	25	<i>tri-nymyo</i>	29
<i>tolterodine tartrate er</i>	25	<i>tri-previfem</i>	29
<i>topiramate</i>	53	TRIPTODUR	32
<i>topotecan hcl</i>	59	<i>tri-sprintec</i>	29
<i>topotecan hydrochloride</i>	59	TRIUMEQ	67
<i>toremifene citrate</i>	57	TRIUMEQ PD	67
<i>torpenz</i>	61	<i>trivora-28</i>	29
<i>torsemide</i>	15	<i>tri-vylibra</i>	29
TOUJEO MAX SOLOSTAR	73	TRIZIVIR	67
TOUJEO SOLOSTAR	73	TROGARZO	65
TRADJENTA	71	<i>trospium chloride</i>	25
<i>tramadol hydrochloride</i>	46	<i>trospium chloride er</i>	25
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	46	TRULICITY	72
<i>trandolapril</i>	16	TRUMENBA	37
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13	TRUQAP	61
<i>tranexamic acid</i>	69	TRUSELTIQ	59
<i>tranylcyprromine sulfate</i>	53	<i>TUKYSA</i>	59
TRAZIMERA	57	<i>tulana</i>	30
<i>trazodone hydrochloride</i>	55	TURALIO	61
TRECATOR	56	<i>turqoz</i>	29
TRELEGY ELLIPTA	41	TWINRIX	37
TRELSTAR MIXJECT	32	TYBOST	65
TRESIBA	73	TYMLOS	17
TRESIBA FLEXTOUCH	73	TYPHIM VI	37
<i>tretinoin</i>	22	TYRVAYA	44
<i>tretinoin</i>	62	TYSABRI	18
<i>tri-femynor</i>	29	UBRELVY	11
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	UDENYCA	70
<i>triamcinolone acetonide</i>	31	UDENYCA ONBODY	70
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	21	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	44
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	44
<i>triderm</i>	23	UNITROID	31
<i>trientine hydrochloride</i>	68	<i>urea</i>	21
<i>tri-estarrylla</i>	29	<i>ursodiol</i>	24

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	66	<i>vigpoder</i>	51
VALCHLOR	57	VIIBRYD STARTER PACK	55
<i>valganciclovir</i>	65	<i>vilazodone hydrochloride</i>	55
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	65	VIMIZIM	74
<i>valproic acid</i>	40	<i>viorele</i>	29
<i>valsartan</i>	14	VIRACEPT	65
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13	VIREAD	67
VALTOCO 10 MG DOSE	51	VISTOGARD	45
VALTOCO 15 MG DOSE	51	VITRAKVI	61
VALTOCO 20 MG DOSE	51	VIVITROL	40
VALTOCO 5 MG DOSE	51	VIZIMPRO	61
<i>vancomycin hcl</i>	48	VOCABRIA	66
<i>vancomycin hydrochloride</i>	48	<i>volnea</i>	30
VANFLYTA	61	VONJO	59
VAQTA	37	VORANIGO	61
<i>varenicline starting month</i>	40	<i>voriconazole</i>	56
<i>varenicline tartrate</i>	40	VOSEVI	66
VARIVAX	37	VOTRIENT	62
VARIZIG	34	VOWST	24
VAXCHORA	37	VRAYLAR	64
VAXELIS	37	VUMERTY	18
VELPHORO	68	<i>vyfemla</i>	30
VELTASSA	67	VYJUVEK	45
VENCLEXTA	61	<i>vylibra</i>	30
VENCLEXTA STARTING PACK	61	VYNDAMAX	13
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	55	VYVGART HYTRULO	34
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	55	XYZULTA	39
VENTAVIS	42	<i>warfarin sodium</i>	70
VEOPOZ	34	WELIREG	62
<i>verapamil hcl</i>	13	<i>wera</i>	30
<i>verapamil hcl er</i>	12	<i>wixela inhub</i>	41
<i>verapamil hcl sr</i>	12	XALKORI	62
<i>verapamil hydrochloride</i>	13	XARELTO	70
<i>verapamil hydrochloride er</i>	13	XARELTO STARTER PACK	70
VERQUVO	16	XATMEP	36
VERSACLOZ	63	XCOPRI	53
VERZENIO	61	XELJANZ	34
V-GO 20	44	XELJANZ XR	34
V-GO 30	44	XEMBIFY	34
V-GO 40	45	XERMELO	23
<i>vicodin hp</i>	46	XGEVA	17
VIDEX EC	67	XIFAXAN	24
VIDEX PEDIATRIC	67	XIGDUO XR	72
<i>vienna</i>	29	XIIDRA	39
<i>vigabatrin</i>	51	XOFLUZA	65
<i>vigadrone</i>	51	XOLAIR	34
VIGAFYDE	51	XOLREMDI	70

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
XOSPATA	62	ZYPREXA RELPREVV	64
XPOVIO	59		
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	59		
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	59		
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	59		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	59		
XTAMPZA ER	45		
XTANDI	57		
<i>yargesa</i>	74		
YF-VAX	37		
YUFLYMA 1-PEN KIT	36		
YUFLYMA 2-PEN KIT	36		
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	36		
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	36		
YUPELRI	43		
<i>yuvafem</i>	30		
<i>zafirlukast</i>	42		
<i>zaleplon</i>	21		
ZARXIO	70		
ZEJULA	62		
ZELBORAF	62		
<i>zenatane</i>	22		
ZENPEP	74		
ZEPOSIA	18		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	18		
ZEPOSIA STARTER KIT	18		
<i>zidovudine</i>	67		
<i>ziprasidone hcl</i>	64		
<i>ziprasidone mesylate</i>	64		
ZIRGAN	39		
ZOKINVY	74		
ZOLINZA	59		
<i>zolmitriptan</i>	10		
<i>zolpidem tartrate</i>	21		
<i>zolpidem tartrate er</i>	21		
ZONISADE	52		
<i>zonisamide</i>	52		
<i>zovia 1/35</i>	30		
<i>zovia 1/35e</i>	30		
ZTALMY	20		
ZURZUVAE	53		
ZYDELIG	62		
ZYKADIA	62		
ZYLET	39		

Este formulario se actualizó el 11/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711). Los miembros de Covenant Health Advantage pueden comunicarse con el servicio al cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-833-442-2405 (TTY: 711); del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excluyendo los días feriados principales); y del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excluyendo los días festivos importantes), o visite BSWHealthPlan.com/Medicare.

Contrato: H2032; H8142, H4943



English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-334-3141. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-334-3141. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-334-3141。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-334-3141。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-334-3141. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-334-3141. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-334-3141 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-334-3141. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-334-3141 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-334-3141. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-866-334-3141 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-334-3141 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-334-3141. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-334-3141. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-334-3141. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-334-3141. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-866-334-3141 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Aviso de No Discriminación

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org.

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Nuestra misión

Fundada como un ministerio cristiano de curación hace más de 100 años, Baylor Scott & White Health promueve el bienestar de todas las personas, familias y comunidades.



BaylorScott&White
Health Plan

BSW SENIORCARE
ADVANTAGE™

CovenantHealthSM
Advantage HMO