

2024 Formulario

Select Rx Assist (Value-Based Insurance Design)





Baylor Scott & White Health Plan

Formulario 2024 (Lista de medicamentos cubiertos)

BSW SeniorCare Advantage Select Rx Assist (HMO-POS)

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, comuníquese con el Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al 1-866-334-3141 (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.

H8142_24RXFORM-SP_C

Formulary ID: 24077, Version Number: 18

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 Select Rx Assist HMO-POS.

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(los) 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 9. 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 70. 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 9. 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 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 restricción de uso o formulario. **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 recetador. 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 ver nuestra Política de transición para obtener 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 70.

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.

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.

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

Nombre del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia	
<i>Agentes antidemencia, otros</i>	
ergoloid mesylates tablet NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	QL(30 EA por 30 días); ST
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)	
memantine hcl titration pak	
memantine hydrochloride er	QL(30 EA por 30 días)
memantine hydrochloride tablet	
Inhibidores de la colinesterasa	
donepezil hcl tablet disintegrating	
donepezil hcl tablet 10mg	
donepezil hcl tablet 23mg	
donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg	
galantamine hydrobromide er	
galantamine hydrobromide solution, tablet	
rivastigmine tartrate	
rivastigmine transdermal system	
Agentes antiespásticos	
<i>Agentes antiespásticos</i>	
baclofen tablet 10mg, 20mg	
baclofen tablet 5mg	
dantrolene sodium	
tizanidine hcl	
tizanidine hydrochloride	
Agentes antiájaquecosos	
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>	
naratriptan hcl	QL(9 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate	QL(18 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate odt	QL(18 EA por 30 días)
sumatriptan succinate tablet	QL(9 EA por 30 días)
sumatriptan succinate injection	QL(5 ML por 30 días)
sumatriptan solution	QL(12 EA por 30 días)
zolmitriptan tablet	QL(12 EA por 30 días)
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>	
dihydroergotamine mesylate solution	QL(8 ML por 30 días); PA
ergotamine tartrate/caffeine	QL(24 EA por 28 días)
<i>Profiláctico</i>	
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC	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	Requisitos/Límites
QLIPTA	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimasténicos	
Parasimpaticomiméticos	
GUANIDINE HCL	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	
Agentes antiparkinsonianos	
Agentes antiparkinsonianos, otros	
<i>entacapone</i>	
OSMOLEX ER	PA
Agonistas de la dopamina	
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	
KYNMOBI	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	
<i>ropinirole er</i>	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	
Anticolinérgicos	
<i>benztropine mesylate tablet</i>	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	
Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)	
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos	
<i>carbidopa/levodopa</i>	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	
<i>carbidopa tablet</i>	
INBRIJA	PA
RYTARY	ST
Agentes cardiovasculares	
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa	
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta	
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	
<i>atenolol tablet</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	Requisitos/Límites
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	
<i>bisoprolol fumarate</i>	
<i>carvedilol</i>	
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	
<i>metoprolol succinate er</i>	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg</i>	
<i>nadolol tablet 80mg</i>	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	
<i>pindolol tablet</i>	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas	
<i>amlodipine besylate tablet</i>	
<i>felodipine er</i>	
<i>isradipine</i>	
<i>nifedipine er</i>	
<i>nimodipine capsule</i>	
<i>NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML</i>	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas	
<i>cartia xt</i>	
<i>dilt-xr</i>	
<i>diltiazem hcl cd</i>	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	
<i>matzim la</i>	
<i>taztia xt</i>	
<i>tiadylt er</i>	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	
Agentes cardiovasculares, otros	
<i>acetazolamide</i>	
<i>aliskiren</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	Requisitos/Límites
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	
CORLANOR TABLET	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLOR	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE	QL(240 EA por 30 días)
ENTRESTO TABLET	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	QL(60 EA por 30 días); PA
KERENDIA	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	
<i>metyrosine</i>	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	
<i>pentoxifylline er</i>	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	
<i>ranolazine er</i>	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	
VYNDAMAX	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa	
<i>clonidine</i>	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	
<i>droxidopa</i>	PA
<i>guanfacine hydrochloride</i>	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	
<i>midodrine hcl</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	Requisitos/Límites
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II	
candesartan cilexetil	
EDARBI	
irbesartan	
losartan potassium tablet	
olmesartan medoxomil tablet	
telmisartan	
valsartan tablet	
Antiarrítmicos	
amiodarone hydrochloride tablet 200mg	
amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg	
digitek tablet 0.125mg, 0.25mg	
digox	
digoxin solution	
digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg	
dofetilide	
flecainide acetate	
mexiletine hcl capsule 150mg	
mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg	
MULTAQ	
PACERONE TABLET 200MG	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	
propafenone hcl	
propafenone hydrochloride er	
propafenone hydrochloride tablet 300mg	
quinidine sulfate tablet	
sorine	
sotalol hcl	
sotalol hydrochloride (af)	
sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibrico	
fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg	
fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	
fenofibric acid dr	
gemfibrozil tablet	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa	
atorvastatin calcium	
fluvastatin	
fluvastatin sodium er	
LIVALO	ST
lovastatin tablet	
pitavastatin calcium	
pravastatin sodium	
rosuvastatin calcium tablet	
simvastatin tablet	

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	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, otros	
<i>cholestyramine light</i>	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	
<i>colestipol hcl tablet</i>	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	
<i>ezetimibe</i>	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	
<i>icosapent ethyl</i>	
NEXLETOL	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	
PRALUENT	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	
REPATHA	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	QL(3 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio	
<i>amiloride hcl tablet</i>	
<i>eplerenone</i>	
<i>spironolactone tablet</i>	
Diuréticos, evacuación	
<i>bumetanide injection, tablet</i>	
<i>furosemide tablet</i>	
<i>furosemide injection</i>	
<i>torsemide tablet</i>	
Diuréticos, tiazida	
<i>chlorothiazide tablet</i>	
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	
<i>indapamide tablet</i>	
<i>metolazone</i>	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)	
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	
<i>captopril tablet</i>	
<i>enalapril maleate tablet</i>	
<i>fosinopril sodium</i>	
<i>lisinopril tablet</i>	
<i>moexipril hcl</i>	
<i>perindopril erbumine</i>	
<i>quinapril hydrochloride</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	Requisitos/Límites
<i>ramipril</i>	
<i>trandolapril</i>	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso	
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	
<i>isosorbide mononitrate</i>	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	
NITRO-BID	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	
VERQUVO	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial	
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	
<i>minoxidil tablet</i>	
Agentes de antigout	
Agentes de antigout	
<i>allopurinol</i>	
<i>colchicine</i>	
<i>febuxostat</i>	
<i>probenecid</i>	
<i>probenecid/colchicine</i>	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	
Aminosalicilatos	
<i>balsalazide disodium</i>	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	
SFROWASA	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	
Glucocorticoides	
<i>budesonide er</i>	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	
<i>colocort</i>	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	
<i>procto-med hc</i>	
<i>proctosol hc</i>	
<i>proctozone-hc</i>	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	
<i>alendronate sodium solution</i>	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	QL(4 EA por 28 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	Requisitos/Límites
<i>calcitonin-salmon</i>	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	
FORTEO	PA
<i>ibandronate sodium</i>	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	
PROLIA	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	
<i>risedronate sodium dr</i>	QL(4 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	PA
TYMLOS	PA
XGEVA	PA
Agentes del sistema nervioso central	
Agentes de esclerosis múltiple	
AVONEX PEN	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	QL(4 EA por 28 días); PA
BAFIERTAM	QL(120 EA por 30 días); PA
BETASERON	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	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	Requisitos/Límites
OCREVUS	PA
OCREVUS ZUNOVO	QL(23 ML por 168 días); PA
REBIF	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	QL(8.4 ML por 365 días); PA
TYSABRI	PA
VUMERITY	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
<i>Agentes de fibromialgia</i>	
pregabalin capsule 300mg	QL(60 EA por 30 días)
pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg	QL(90 EA por 30 días)
pregabalin solution	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	QL(110 EA por 365 días)
<i>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	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg	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	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	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	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg

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	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 30mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 5mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas	
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	
Sistema nervioso central, otros	
AUSTEDO	QL(120 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	QL(84 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	QL(210 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	QL(60 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	
COBENFY	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COBENFY STARTER PACK	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	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	Requisitos/Límites
INGREZZA CAPSULE 40MG	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	PA
<i>riluzole</i>	
<i>tetrabenazine</i>	PA
ZTALMY	PA NSO
Agentes del trastorno del sueño	
Agentes estimulantes de insomnio	
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos	
BELSOMRA	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales	
Agentes dentales y orales	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	
KEPIVANCE	
<i>kourzeq</i>	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	
<i>lidocaine viscous</i>	
<i>oralone dental paste</i>	
<i>paroex</i>	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	
Agentes dermatológicos	
Agentes dermatológicos, otros	
<i>calcipotriene solution</i>	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</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	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	
<i>imiquimod cream 5%</i>	
KLISYRI	ST
<i>nystatin/triamcinolone</i>	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment</i>	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	
SANTYL	
<i>silver sulfadiazine</i>	
SOTYKTU	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	
<i>urea lotion 40%</i>	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea	
ACCUTANE	
<i>acitretin</i>	
<i>amnesteem</i>	
<i>azelaic acid</i>	
<i>claravis</i>	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	
FINACEA FOAM	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	
<i>metronidazole gel 1%</i>	
<i>myorisan</i>	
<i>rosadan</i>	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	PA
<i>zenatane</i>	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito	
ALA-CORT CREAM 2.5%	
<i>alclometasone dipropionate</i>	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	
<i>betamethasone valerate ointment</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	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	
<i>clobetasol propionate e</i>	
<i>clobetasol propionate cream, ointment</i>	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	
<i>desonide cream</i>	
<i>desonide ointment</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	
EUCRISA	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment, solution</i>	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	
<i>halobetasol propionate cream</i>	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	
<i>selenium sulfide</i>	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	
<i>triderm</i>	
Antiinfecciosos tópicos	
<i>acyclovir ointment 5%</i>	
BACTROBAN NASAL	
<i>ciclodan solution</i>	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	
<i>ciclopirox gel</i>	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	QL(75 ML 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	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	
<i>erythromycin gel 2%</i>	
<i>erythromycin pad 2%</i>	
<i>erythromycin solution 2%</i>	
<i>mupirocin ointment</i>	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	
Pediculicidas/escabicidas	
<i>malathion</i>	
<i>permethrin cream</i>	
Agentes gastrointestinales	
Agentes antidiarreicos	
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	
<i>loperamide hcl capsule</i>	
XERMELO	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento	
<i>constulose</i>	
<i>enulose</i>	
<i>generlac</i>	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	
LINZESS	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	
RELISTOR TABLET	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	QL(18 ML por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros	
CLENPIQ	
<i>gavilyte-c</i>	
<i>gavilyte-g</i>	
<i>gavilyte-h</i>	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	
<i>metoclopramide hcl solution</i>	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	

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	Requisitos/Límites
peg-3350/electrolytes	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	
RECTIV	
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	
SUTAB	
trilyte	
ursodiol capsule 300mg	
ursodiol tablet	
VOWST	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)	
famotidine suspension reconstituted	
famotidine tablet 20mg, 40mg	
nizatidine	
Antiespasmódicos, gastrointestinal	
dicyclomine hcl solution	
dicyclomine hydrochloride capsule, tablet	
glycopyrrolate injection 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml	
glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg	PA
Inhibidores de la bomba de protones	
DEXILANT	QL(30 EA por 30 días)
dexlansoprazole	QL(30 EA por 30 días)
esomeprazole magnesium capsule delayed release	QL(60 EA por 30 días)
lansoprazole capsule delayed release	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole dr capsule delayed release 10mg	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg	QL(60 EA por 30 días)
pantoprazole sodium tablet delayed release	QL(60 EA por 30 días)
rabeprazole sodium	QL(60 EA por 30 días)
Protectores	
misoprostol	
sucralfate tablet	
sucralfate suspension	
Agentes genitourinarios	
Agentes de hiperplasia benigna de próstata	
alfuzosin hcl er	
doxazosin mesylate	
dutasteride/tamsulosin hydrochloride	
dutasteride capsule	
finasteride tablet	
silodosin	
tadalafil tablet 2.5mg, 5mg	QL(30 EA por 30 días); PA
tamsulosin hydrochloride	
Agentes genitourinarios, otros	

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	Requisitos/Límites
<i>acetic acid 0.25%</i>	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	
<i>d-penamine</i>	
ELMIRON	
<i>penicillamine tablet</i>	
Antiespasmódicos, urinario	
GELNIQUE PUMP	
GEMTESA	
MYRBETRIQ	
<i>oxybutynin chloride er</i>	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	
<i>solifenacain succinate</i>	
<i>tolterodine tartrate</i>	
<i>tolterodine tartrate er</i>	
<i>trospium chloride</i>	
<i>trospium chloride er</i>	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)	
<i>desmopressin acetate tablet</i>	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	
<i>desmopressin acetate injection</i>	
GENOTROPIN	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	PA
INCRELEX	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos	
OSPHENA	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	
Andrógenos	
<i>danazol capsule</i>	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	PA
<i>testosterone pump</i>	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	PA
Estrógenos	
<i>afirmelle</i>	
<i>altavera</i>	
<i>alyacen 1/35</i>	
<i>alyacen 7/7/7</i>	
<i>amabelz</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	Requisitos/Límites
<i>amethia</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	
<i>ashlyna</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	
<i>aurovela 1.5/30</i>	
<i>aurovela 1/20</i>	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	
<i>aurovela fe 1/20</i>	
<i>aviane</i>	
<i>ayuna</i>	
<i>azurette</i>	
<i>balziva</i>	
<i>bekyree</i>	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	
<i>blisovi fe 1/20</i>	
<i>briellyn</i>	
<i>camrese</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	
<i>chateal eq</i>	
CLIMARA PRO	
<i>cryselle-28</i>	
<i>cyclafem 1/35</i>	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	
<i>dasetta 1/35</i>	
<i>dasetta 7/7/7</i>	
<i>daysee</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	
<i>dolishale</i>	
DOTTI	
<i>elinest</i>	
<i>eluryng</i>	
<i>enilloring</i>	
<i>enpresse-28</i>	
<i>estarrylla</i>	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	
<i>estradiol patch twice weekly, patch weekly, vaginal tablet</i>	
ESTRING	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</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	Requisitos/Límites
<i>falmina</i>	
<i>fayosim</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>femynor</i>	
FYAVOLV	
<i>hailey 1.5/30</i>	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	
<i>hailey fe 1/20</i>	
<i>haloette</i>	
<i>iclevia</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	
<i>jolessa</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	
<i>junel 1/20</i>	
<i>junel fe 1.5/30</i>	
<i>junel fe 1/20</i>	
<i>kariva</i>	
<i>kelnor 1/35</i>	
<i>kelnor 1/50</i>	
<i>kimidess</i>	
<i>kurvelo</i>	
<i>larin 1.5/30</i>	
<i>larin 1/20</i>	
<i>larin fe 1.5/30</i>	
<i>larin fe 1/20</i>	
<i>larissia</i>	
<i>lessina</i>	
<i>levonest</i>	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	
<i>lillow</i>	
<i>lojaimiess</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	
<i>low-ogestrel</i>	
<i>lutera</i>	
<i>lyllana</i>	
<i>marlissa</i>	
MENEST TABLET 2.5MG	
<i>microgestin 1.5/30</i>	
<i>microgestin 1/20</i>	
<i>microgestin fe 1.5/30</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	Requisitos/Límites
<i>microgestin fe 1/20</i>	
<i>mili</i>	
<i>mimvey</i>	
<i>mimvey lo</i>	
<i>mono-linyah</i>	
<i>mononessa</i>	
<i>necon 0.5/35-28</i>	
<i>necon 7/7/7</i>	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	
<i>nortrel 1/35</i>	
<i>nortrel 7/7/7</i>	
<i>nylia 1/35</i>	
<i>nylia 7/7/7</i>	
<i>nymyo</i>	
<i>orsythia</i>	
<i>philith</i>	
<i>pimtrea</i>	
<i>pirmella 1/35</i>	
<i>pirmella 7/7/7</i>	
<i>portia-28</i>	
PREMARIN CREAM	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	
PREMPHASE	
PREMPRO	
<i>previfem</i>	
<i>rivelsa</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	
<i>simpesse</i>	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	
<i>sronyx</i>	
<i>tarina fe 1/20</i>	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	
<i>tri-femynor</i>	
<i>tri-estarrylla</i>	
<i>tri-linyah</i>	
<i>tri-mili</i>	
<i>tri-nymyo</i>	
<i>tri-previfem</i>	
<i>tri-sprintec</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	Requisitos/Límites
<i>tri-vylibra</i>	
<i>trinessa</i>	
<i>trivora-28</i>	
<i>turqoz</i>	
<i>vienna</i>	
<i>viorele</i>	
<i>volnea</i>	
<i>vyfemla</i>	
<i>vylibra</i>	
<i>wera</i>	
<i>yuvafem</i>	
<i>zovia 1/35</i>	
<i>zovia 1/35e</i>	
Progestinas	
<i>camila</i>	
<i>debitane</i>	
DEPO-PROVERA INJECTION 400MG/ML	QL(10 ML por 28 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	
<i>errin</i>	
<i>gallifrey</i>	
<i>heather</i>	
<i>incassia</i>	
<i>jencycla</i>	
<i>jolivette</i>	
<i>lyleq</i>	
<i>lyza</i>	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	PA
<i>nora-be</i>	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	
<i>norethindrone tablet</i>	
<i>norlyda</i>	
<i>norlyroc</i>	
<i>progesterone capsule</i>	
<i>sharobel</i>	
<i>tulana</i>	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)	
KORLYM	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</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	Requisitos/Límites
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	
<i>cortisone acetate</i>	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	
<i>dexamethasone elixir</i>	
<i>fludrocortisone acetate</i>	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	
<i>methylprednisolone</i>	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	
<i>prednisolone</i>	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
<i>prednisone tablet</i>	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	
<i>prednisone solution</i>	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	
<i>ADTHYZA</i>	
<i>ARMOUR THYROID</i>	
<i>EUTHYROX</i>	
<i>LEVO-T</i>	
<i>levothyroxine sodium</i>	
<i>LEVOXYL</i>	
<i>liothyronine sodium</i>	
<i>NIVA THYROID</i>	
<i>np thyroid 120</i>	
<i>np thyroid 15</i>	
<i>np thyroid 30</i>	
<i>np thyroid 60</i>	
<i>np thyroid 90</i>	
<i>SYNTHROID</i>	
<i>THYROID</i>	
<i>THYROLAR-1</i>	
<i>THYROLAR-1/2</i>	
<i>THYROLAR-1/4</i>	
<i>THYROLAR-2</i>	
<i>THYROLAR-3</i>	
<i>UNITHROID</i>	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)	
<i>cabergoline</i>	
<i>FIRMAGON INJECTION 80MG</i>	QL(1 EA por 28 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	Requisitos/Límites
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
LANREOTIDE ACETATE INJECTION 120MG/0.5ML	PA NSO
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</i>	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	PA
ORGOVYX	PA NSO
SIGNIFOR	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	PA
SOMAVERT	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
TRIPTODUR	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)	
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)	
ISTURISA TABLET 10MG	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	QL(360 EA por 30 días); PA
LYSODREN	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroídes)	
Agentes antitiroideos	
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	
<i>propylthiouracil tablet</i>	
Agentes inmunológicos	
Agentes inmunológicos, otros	

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	Requisitos/Límites
ADBRY INJECTION 150MG/ML	QL(4 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	QL(6 ML por 28 días); PA
BENLYSTA	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	PA
ENJAYMO	PA
ILARIS INJECTION 150MG/ML	QL(2 ML por 28 días); PA
KINERET	PA
ORENCIA CLICKJECT	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	QL(360 ML por 30 días); PA
SAPHNELO	PA
SKYRIZI PEN	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	PA
VYVGART HYTRULO	PA
XELJANZ XR	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	Requisitos/Límites
XELJANZ SOLUTION	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	PA
Agentes para angioedema	
CINRYZE	PA
<i>icatibant acetate</i>	PA
<i>sajazir</i>	PA
Inmunoestimulantes	
ACTIMMUNE	PA NSO
INTRON A	PA NSO
PEGASYS	PA
Inmunoglobulinas	
ASCENIV	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	PA
CUTAQUIG	PA
CUVITRU	PA
GAMASTAN	PA
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	PA
GAMUNEX-C	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	B/D
HIZENTRA	PA
HYPERHEP B	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	B/D
PANZYGA	PA
PRIVIGEN	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	PA
XEMBIFY	PA
Inmunosupresores	
ASTAGRAF XL	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	B/D
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	QL(2 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	QL(6 EA por 28 días); PA
ENBREL MINI	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	QL(4 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	Requisitos/Límites
ENBREL INJECTION 50MG/ML	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	B/D
ENVARSUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	B/D
<i>gengraf solution</i>	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	QL(2 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	PA
INFliximab	PA
JYLAMVO	
<i>leflunomide</i>	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	PA
PROGRAF PACKET	B/D
REMICADE	PA
RENFLEXIS	PA
REZUROCK	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	B/D

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	Requisitos/Límites
<i>sirolimus solution, tablet</i>	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	B/D
XATMEP	
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	QL(3 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-PEN KIT	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	QL(2 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	QL(3 EA por 28 días); PA
Vacunas	
ABRYSVO	
ACTHIB INJECTION 0	
ADACEL	
AREXVY	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	
BEXSERO	
BOOSTRIX	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	
DENGVAXIA	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	
ENGERIX-B	B/D
GARDASIL 9	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	
HEPLISAV-B	B/D
HIBERIX	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	B/D
INFANRIX	
IPOP INACTIVATED IPV	
IXCHIQ	
IXIARO	
JYNNEOS	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	
M-M-R II	
MENACTRA	
MENQUADFI	
MENVEO	
MRESVIA	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	
PENBRAYA	
PENTACEL	
PREHEVBRIOS	B/D
PRIORIX	
PROQUAD	

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	Requisitos/Límites
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	B/D
RECOMBIVAX HB	B/D
ROTARIX	
ROTATEQ SOLUTION	
SHINGRIX	
STAMARIL	
TDVAX	
TENIVAC	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	
TICOVAC	
TRUMENBA	
TWINRIX	
TYPHIM VI	
VAQTA	
VARIVAX	
VAXCHORA	
VAXELIS	
YF-VAX	
Agentes oftálmicos	
Agentes oftálmicos antialérgicos	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	
<i>olopatadine hcl</i>	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos	
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	
<i>carteolol hcl</i>	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	
<i>timolol maleate solution</i>	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros	
<i>acetazolamide er</i>	
<i>ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%</i>	
<i>BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%</i>	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	
<i>brinzolamide</i>	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	
<i>methazolamide tablet</i>	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	
RHOPRESSA	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros	
<i>atropine sulfate solution 1%</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	Requisitos/Límites
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	
COMBIGAN	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	
CYSTARAN	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	
<i>neo-polycin</i>	
<i>neo-polycin hc</i>	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	
<i>polycin</i>	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate</i>	
RESTASIS	
RESTASIS MULTIDOSE	
ROCKLATAN	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	
TOBRADEX ST	
TOBRADEX OINTMENT	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	
XIIDRA	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	
<i>Antiinfecciosos oftálmicos</i>	
<i>bacitracin</i>	
BESIVANCE	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	
<i>gatifloxacin</i>	
<i>gentak ointment</i>	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	
NATACYN	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	
<i>trifluridine</i>	
ZIRGAN	
<i>Antiinflamatorios oftálmicos</i>	
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</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	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	
FLAREX	
<i>fluorometholone</i>	
<i>flurbiprofen sodium</i>	
ILEVRO	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	
LOTEMAX SM	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	
PROLENSA	QL(12 ML por 365 días)
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas	
<i>latanoprost solution</i>	
LUMIGAN	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad	
Estabilizadores del estado de ánimo	
<i>lithium</i>	
<i>lithium carbonate er</i>	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	
Agentes para dejar de fumar	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month</i>	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	
Dependencia de opioides	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/dismisión del deseo	
<i>acamprosate calcium dr</i>	
<i>disulfiram tablet</i>	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	
VIVITROL	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares	

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	Requisitos/Límites
Agentes del tracto respiratorio, otros	
ADVAIR HFA	QL(24 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	QL(60 EA por 30 días)
BRONCHITOL	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inh</i>	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar	
OFEV	PA
<i>pirfenidone</i>	PA
Agentes para fibrosis quística	
CAYSTON	PA
KALYDECO	PA
ORKAMBI TABLET	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	PA
TOBI PODHALER	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares	
ADEMPAS	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	QL(60 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	Requisitos/Límites
<i>ambrisentan</i>	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	PA
OPSUMIT	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	QL(270 ML por 30 días); PA
Antihistamínicos	
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	QL(60 ML por 30 días)
<i>ciproheptadine hydrochloride tablet</i>	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados	
ARNUITY ELLIPTA	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDIHALER	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos	

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	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium tablet</i>	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	
<i>zafirlukast</i>	
Broncodilatadores, anticolinérgicos	
ATROVENT HFA	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético	
<i>albuterol sulfate er</i>	
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos	
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	B/D

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	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>	
roflumilast	PA
theophylline er tablet extended release 24 hour	
theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>	
ALCOHOL PREP PADS	
AUGTYRO	PA NSO
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	
IGALMI	PA NSO
LAGEVRIO	QL(40 EA por 5 días)
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	QL(90 ML por 30 días); PA
NUTRILIPID	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	QL(30 EA por 30 días)
OXLUMO	PA
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak) \$0 Copay
SKYCLARYS	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	
TYRVAYA	QL(8.4 ML 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	Requisitos/Límites
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	
V-GO 30	
V-GO 40	
VISTOGARD	
VYJUVEK	PA
Agentes óticos	
<i>Agentes óticos</i>	
<i>acetic acid</i>	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	
Analgésicos	
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>	
<i>buprenorphine</i>	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	NDS
<i>XTAMPZA ER</i>	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>	
<i>acetaminophen/codeine</i>	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	NDS
<i>lorcet</i>	NDS
<i>lorcet hd</i>	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	Requisitos/Límites
<i>loracet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	NDS
<i>morphine sulfate tablet</i>	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg</i>	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	NDS
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos	
<i>celecoxib capsule</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	
<i>diclofenac sodium dr</i>	
<i>diclofenac sodium er</i>	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	
<i>flurbiprofen tablet</i>	
<i>ibu</i>	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	
<i>indomethacin er</i>	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	
<i>nabumetone tablet</i>	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	
<i>oxaprozin tablet</i>	
<i>piroxicam capsule</i>	
<i>sulindac tablet</i>	
Anestésicos	
Anestésicos locales	
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	QL(30 GM 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	Requisitos/Límites
<i>lidocaine ointment 5%</i>	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	PA
<i>premium lidocaine</i>	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos	
Ansiolíticos, otros	
<i>buspirone hcl tablet 15mg</i>	
<i>buspirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	
<i>buspirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	
Benzodiazepinas	
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos	
Aminoglicósidos	
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	
HUMATIN	
<i>neomycin sulfate</i>	
<i>paromomycin sulfate</i>	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	
Antibacterianos, otros	
<i>aztreonam</i>	
<i>clindacin etz pledges</i>	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</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	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	
<i>colistimethate sodium</i>	
<i>daptomycin</i>	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	
IMPAVIDO	
<i>linezolid tablet</i>	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	
<i>methenamine hippurate</i>	
<i>metronidazole vaginal</i>	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	
<i>tinidazole</i>	
<i>trimethoprim tablet</i>	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 250mg, 500mg, 750mg</i>	
Betalactámico, cefalosporinas	
<i>cefaclor capsule</i>	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	
<i>cefdinir capsule</i>	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	
<i>cefepime</i>	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	
<i>cefixime capsule</i>	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 7.5gm, 750mg</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	Requisitos/Límites
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	
TAZICEF INJECTION 6GM	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	
TEFLARO	
Betalactámico, penicilinas	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	
<i>dicloxacillin sodium</i>	
<i>nafcillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	
<i>penicillin g sodium</i>	
<i>penicillin v potassium</i>	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	
Carbapenemas	
<i>ertapenem</i>	
<i>ertapenem sodium</i>	
<i>imipenem/cilastatin</i>	
<i>meropenem</i>	
Macrólidos	
<i>azithromycin packet</i>	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	
<i>clarithromycin er</i>	
<i>clarithromycin tablet</i>	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</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	Requisitos/Límites
DIFICID TABLET	
erythromycin dr tablet delayed release	
erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml	
Quinolonas	
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	
ciprofloxacin hcl tablet 750mg	
ciprofloxacin hcl tablet 100mg	
ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg	
ciprofloxacin i.v.-in d5w	
ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml	
levofloxacin in d5w	
levofloxacin injection 25mg/ml	
levofloxacin oral solution 25mg/ml	
levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg	
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	
moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg	
Sulfonamidas	
sulfadiazine tablet	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	
sulfamethoxazole/trimethoprim tablet	
sulfamethoxazole/trimethoprim suspension	
Tetraciclinas	
demecclocycline hcl tablet	
demecclocycline hydrochloride tablet 300mg	
doxy 100	
doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg	
doxycycline hyclate injection 100mg	
doxycycline hyclate tablet 100mg	
doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg	
doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg	
doxycycline suspension reconstituted	
minocycline hcl capsule 75mg	
minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg	
monodoxine nl capsule 100mg	
morgidox 1x100mg capsule	
morgidox 2x100mg capsule	
tetracycline hydrochloride capsule	
Anticonvulsivos	
Agentes de aumento de ácido y-aminobutírico (GABA)	
clobazam	
clonazepam odt tablet disintegrating 2mg	QL(300 EA por 30 días)
clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg	QL(90 EA por 30 días)
clonazepam tablet 2mg	QL(300 EA por 30 días)
clonazepam tablet 0.5mg, 1mg	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	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	Requisitos/Límites
<i>diazepam rectal gel</i>	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release</i>	
<i>divalproex sodium er</i>	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	
<i> gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	QL(360 EA por 30 días)
<i> gabapentin capsule 400mg</i>	QL(270 EA por 30 días)
<i> gabapentin solution</i>	QL(2160 ML por 30 días)
<i> gabapentin tablet 800mg</i>	QL(150 EA por 30 días)
<i> gabapentin tablet 600mg</i>	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT	QL(10 EA por 30 días)
<i> phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	
<i> phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	
<i> primidone tablet</i>	
SYMPAZAN FILM 5MG	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	
<i> tiagabine hydrochloride</i>	
VALTOCO 10 MG DOSE	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	QL(10 EA por 30 días)
<i> vigabatrin</i>	PA NSO
<i> vigadron</i>	PA NSO
VIGAFYDE	PA NSO
<i> vigpoder</i>	PA NSO
Agentes de modificación de los canales de calcio	
<i> ethosuximide</i>	
<i> methsuximide</i>	
Agentes para los canales de sodio	
APTIOM	
<i> carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	
<i> carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	
<i> carbamazepine suspension, tablet</i>	
<i> carbamazepine tablet chewable 100mg</i>	
DILANTIN CAPSULE 30MG	
<i> epitol</i>	
<i> lacosamide solution</i>	
<i> lacosamide tablet</i>	
<i> oxcarbazepine tablet</i>	
<i> oxcarbazepine suspension</i>	
PEGANONE TABLET 250MG	
PHENYTEK	
<i> phenytoin infatabs</i>	
<i> phenytoin sodium extended</i>	
<i> phenytoin tablet chewable, suspension</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	Requisitos/Límites
<i>rufinamide suspension</i>	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	
ZONISADE	ST NSO
<i>zonisamide</i>	
Anticonvulsivos, otros	
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	PA NSO
EPIDIOLEX	PA NSO
EPRONTIA	
<i>felbamate tablet</i>	
<i>felbamate suspension</i>	
FINTEPLA	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	
FYCOMPA TABLET 2MG	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	
<i>lamotrigine er</i>	
<i>lamotrigine odt</i>	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	
<i>lamotrigine titration</i>	
<i>lamotrigine tablet</i>	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	
<i>levetiracetam er</i>	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	
NAYZILAM	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	
<i>roweepra xr</i>	
SPRITAM	
<i>subvenite</i>	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	
<i>subvenite starter kit/green</i>	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	
<i>topiramate tablet</i>	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	
XCOPRI TABLET	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	PA NSO; (100mg-150mg)
Antidepresivos	
Antidepresivos, otros	
AUVELITY	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	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	Requisitos/Límites
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	
<i>maprotiline hcl</i>	
<i>mirtazapine odt</i>	
<i>mirtazapine tablet</i>	
SPRAVATO 56MG DOSE	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminoxidasa	
EMSAM	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	
<i>phenelzine sulfate</i>	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	
Tricíclicos	
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	
<i>amoxapine</i>	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	
<i>desipramine hydrochloride</i>	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	
<i>protriptyline hcl</i>	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	
Antidepresants	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)	
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	QL(60 EA por 30 días)

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	Requisitos/Límites
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	
FETZIMA	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	
<i>fluvoxamine maleate</i>	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	
<i>paroxetine hcl</i>	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	
<i>sertraline hcl tablet</i>	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	
<i>sertraline hydrochloride</i>	
<i>trazodone hydrochloride</i>	
TRINTELLIX	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	
VIIBRYD STARTER PACK	QL(60 EA por 365 días)
<i>vilazodone hydrochloride</i>	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos	
Adyuvantes para terapia emetogénica	
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	B/D
<i>ondansetron hydrochloride injection 4mg/2ml</i>	
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	B/D
Antieméticos, otros	
<i>compro</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	Requisitos/Límites
<i>meclizine hcl tablet</i>	
<i>phenadoz</i>	
<i>prochlorperazine edisylate injection 10mg/2ml</i>	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg, 25mg</i>	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	
<i>scopolamine</i>	
Antimicobacterianos	
Antimicobacterianos, otros	
<i>dapsone tablet</i>	
<i>rifabutin</i>	
Antituberculosos	
<i>cycloserine</i>	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	
ISONIAZID INJECTION	
<i>isoniazid tablet</i>	
<i>isoniazid syrup</i>	
PASER	
PRIFTIN	
<i>pyrazinamide tablet</i>	
<i>rifampin capsule</i>	
<i>rifampin injection</i>	
SIRTURO	
TRECATOR	
Antimicóticos	
Antimicóticos	
<i>ABELCET</i>	B/D
<i>amphotericin b</i>	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	B/D
<i>caspofungin acetate injection 70mg</i>	
<i>caspofungin acetate injection 50mg</i>	
<i>clotrimazole cream</i>	
<i>clotrimazole troche</i>	
<i>econazole nitrate</i>	
<i>fluconazole in dextrose</i>	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	
<i>fluconazole tablet</i>	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	
<i>flucytosine</i>	
<i>griseofulvin microsize</i>	
<i>griseofulvin ultramicrosize</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	Requisitos/Límites
<i>itraconazole</i>	PA
JUBLIA	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	
<i>ketoconazole cream</i>	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	
<i>nystatin powder</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	
<i>nystop</i>	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	PA
<i>posaconazole dr</i>	PA
<i>terbinafine hcl</i>	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	
<i>voriconazole tablet</i>	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	
<i>voriconazole injection</i>	PA
Antineoplásicos	
Agentes alquilantes	
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	B/D
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	
LEUKERAN	
MATULANE	
VALCHLOR	PA NSO
Agentes antiangiogénicos	
FOTIVDA	PA NSO
<i>lenalidomide</i>	PA NSO
POMALYST	PA NSO
QINLOCK	PA NSO
REVLIMID	PA NSO
TABRECTA	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID	PA NSO
Antiandrogénicos	
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	
ERLEADA	PA NSO
<i>flutamide</i>	
<i>nilutamide</i>	
NUBEQA	PA NSO
XTANDI	PA NSO
Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco	

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	Requisitos/Límites
DARZALEX FASPRO	PA NSO
KANJINTI	PA NSO
LOQTORZI	PA NSO
RUXIENCE	PA NSO
TEVIMBRA	PA NSO
TRAZIMERA	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores	
EMCYT	
SOLTAMOX	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	
<i>toremifene citrate</i>	
Antimetabolitos	
DROXIA	
<i>hydroxyurea capsule</i>	
<i>mercaptopurine tablet</i>	
PURIXAN	
TABLOID	
Antineoplásicos, otros	
AKEEGA	PA NSO
BESREMI	PA NSO
COLUMVI	PA NSO
EPKINLY	PA NSO
GAVRETO	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	PA NSO
IDHIFA	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
INREBIC	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWLFIN	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	PA NSO
KRAZATI	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
LONSURF	PA NSO
LUMAKRAS TABLET 120MG, 320MG	PA NSO
LYTGOBI	PA NSO
NINLARO	PA NSO
OGSIVEO	PA NSO
ONUREG	PA NSO
ORSERDU	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	Requisitos/Límites
PEMAZYRE	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHESGO	PA NSO
RETEVMO CAPSULE	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
SYNRIBO	
TAZVERIK	PA NSO
TRUSELTIQ	PA NSO
TUKYSA	PA NSO
VONJO	PA NSO
XPOVIO	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	PA NSO
ZOLINZA	PA NSO
Antineoplásicos	
OPDUALAG	PA NSO
Complementos del tratamiento	
leucovorin calcium tablet	
MESNEX TABLET	
Inhibidores de enzimas	
topotecan hcl injection 4mg	
topotecan hydrochloride	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación	
anastrozole tablet	
exemestane	
letrozole	
Inhibidores moleculares dirigidos	
ALECENSA	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	QL(60 EA por 365 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	Requisitos/Límites
ALUNBRIG TABLET 30MG	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AYVAKIT	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	PA NSO
BOSULIF	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	PA NSO
BRUKINSA	PA NSO
CABOMETYX	PA NSO
CALQUENCE	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	PA NSO
COPIKTRA	PA NSO
COTELLIC	PA NSO
<i>dasatinib</i>	PA NSO
DAURISMO	PA NSO
ERIVEDGE	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	
FARYDAK	
FRUZAQLA	PA NSO
<i>gefitinib</i>	PA NSO
GILOTRIF	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	PA NSO
IMBRUVICA	PA NSO
INLYTA	PA NSO
INQOVI	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	PA NSO

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	Requisitos/Límites
JAYPIRCA TABLET 50MG	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	PA NSO
KOSELUGO	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	PA NSO
LORBRENA	PA NSO
LYNPARZA TABLET	PA NSO
MEKINIST	PA NSO
MEKTOVI	PA NSO
NERLYNX	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
ODOMZO	PA NSO
OJEMDA	PA NSO
OJJAARA	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	PA NSO
REZLIDHIA	PA NSO
ROZLYTREK	PA NSO
RUBRACA	PA NSO
RYDAPT	PA NSO
<i>sorafenib</i>	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	PA NSO
SPRYCEL	PA NSO
STIVARGA	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	PA NSO
TAFINLAR	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	PA NSO
TASIGNA	PA NSO
TEPMETKO	PA NSO
TIBSOVO	PA NSO
<i>torpenz</i>	QL(30 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	Requisitos/Límites
TRUQAP	PA NSO
TURALIO	PA NSO
VANFLYTA	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	PA NSO
VERZENIO	PA NSO
VITRAKVI	PA NSO
VIZIMPRO	PA NSO
VORANIGO TABLET 40MG	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
VOTRIENT	PA NSO
WELIREG	PA NSO
XALKORI	PA NSO
XOSPATA	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORA ^F	PA NSO
ZYDELIG	PA NSO
ZYKADIA TABLET	PA NSO
Retinoides	
<i>bexarotene</i>	PA NSO
PANRETIN	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	
Antiparasitarios	
Antihelmínticos	
<i>albendazole tablet</i>	
<i>ivermectin tablet</i>	PA
<i>praziquantel tablet</i>	
Antiprotozoico	
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	
<i>atovaquone</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	
<i>benznidazole</i>	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	
COARTEM	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	
<i>mefloquine hcl</i>	
<i>nitazoxanide</i>	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</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	Requisitos/Límites
<i>pyrimethamine tablet</i>	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	PA
Antipsicóticos	
Primera generación/típico	
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	
<i>fluphenazine hcl concentrate</i>	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir, injection</i>	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	
<i>haloperidol lactate</i>	
<i>haloperidol concentrate</i>	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	
<i>loxapine</i>	
<i>molindone hydrochloride</i>	
<i>perphenazine tablet 2mg, 4mg</i>	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	
<i>pimozide</i>	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	
Resistente al tratamiento	
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico	
ABILIFY MAINTENA	
<i>aripiprazole odt</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	
ARISTADA INITIO	
<i>asenapine maleate sl</i>	QL(60 EA por 30 días)

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	Requisitos/Límites
CAPLYTA	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	QL(8 EA por 180 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	
INVEGA TRINZA	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	QL(30 EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	
<i>risperidone odt</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	
Antivírico	

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	Requisitos/Límites
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)	
APTIVUS	
atazanavir	
atazanavir sulfate capsule 300mg	
darunavir	
EVOTAZ	QL(30 EA por 30 días)
fosamprenavir calcium	
INVIRASE TABLET	
LEXIVA SUSPENSION	
lopinavir/ritonavir	
NORVIR PACKET, SOLUTION	
PREZCOBIX	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	
PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	
REYATAZ PACKET	
ritonavir	
SYMTUZA	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT	
Agentes anti-VIH, otros	
FUZEON	
maraviroc	
RUKOBIA	
SELZENTRY SOLUTION	
SELZENTRY TABLET 25MG	
SELZENTRY TABLET 75MG	
SUNLENCA	
TROGARZO	
TYBOST	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)	
cidofovir	
ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg	B/D
LIVTENCITY	
PREVYMIS TABLET	
valganciclovir	
valganciclovir hydrochloride	
Agentes antigripales	
amantadine hcl capsule, solution	
oseltamivir phosphate capsule 75mg	QL(110 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate capsule 30mg	QL(168 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate capsule 45mg	QL(84 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate suspension reconstituted	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	QL(4 EA por 365 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	Requisitos/Límites
Agentes antihepatitis C (VHC)	
MAVYRET TABLET	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION <i>ribavirin tablet 200mg</i> <i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos	
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	
<i>famciclovir tablet</i>	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)	
BIKTARVY	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	
DOVATO	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	
ISENTRESS PACKET, TABLET	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	
JULUCA	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	
TIVICAY TABLET 10MG	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	
VOCABRIA	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)	
COMPLERA	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	
<i>efavirenz</i>	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	
INTELENCE TABLET 25MG	
<i>nevirapine</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	Requisitos/Límites
<i>nevirapine er</i>	
PIFELTRO	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)	
<i>abacavir</i>	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	
ODEFSEY	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	
<i>stavudine capsule</i>	
TEMIXYS	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	
TRIUMEQ	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	QL(60 EA por 30 días)
VIDEX EC CAPSULE DELAYED RELEASE 125MG	
VIDEX PEDIATRIC	
VIREAD POWDER	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	
<i>zidovudine</i>	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)	
<i>adefovir dipivoxil</i>	
BARACLUDE SOLUTION	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	
Aglutinantes de potasio	
<i>kionex suspension</i>	
LOKELMA	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	
<i>sps</i>	
VELTASSA	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales	
CHEMET	

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	Requisitos/Límites
CLOVIQUE	PA
<i>deferasirox packet</i>	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	PA
<i>deferasirox tablet 180mg</i>	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	PA
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	PA
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	PA
Quelantes de fosfato	
<i>calcium acetate capsule</i>	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	
<i>sevelamer carbonate</i>	
VELPHORO	
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	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>	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	B/D
<i>carglumic acid</i>	
<i>dextrose 5%</i>	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	
<i>klor-con</i>	
<i>klor-con 10</i>	
<i>klor-con 8</i>	
<i>klor-con m10</i>	
<i>klor-con m15</i>	
<i>klor-con m20</i>	
<i>klor-con sprinkle</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	Requisitos/Límites
<i>klor-con/ef</i>	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	
PLENAMINE	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	
<i>potassium citrate er</i>	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	
Vitaminas	
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	
Productos y modificadores sanguíneos	
Agentes homeostáticos	
<i>tranexamic acid tablet</i>	
Agentes modificadores de plaquetas	
<i>aspirin/dipyridamole</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	
BRILINTA	
CABLIVI	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	
DOPTELET	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	
Anticoagulantes	
ELIQUIS STARTER PACK	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	
<i>jantoven</i>	
<i>warfarin sodium tablet</i>	
XARELTO STARTER PACK	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	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	Requisitos/Límites
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros	
<i>anagrelide hydrochloride</i>	
NEULASTA	PA
NEULASTA ONPRO KIT	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCERIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	PA
PROCERIT INJECTION 40000UNIT/ML	PA
PROMACTA	PA
PYRUKYND TAPER PACK	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	QL(60 EA por 30 días); PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	PA
ROLVEDON	PA
UDENYCA	PA
UDENYCA ONBODY	PA
XOLREMDI	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	
Reguladores de la glucemia	
Agentes antidiabéticos	
<i>acarbose tablet</i>	
BYDUREON BCISE	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	QL(4.8 ML por 28 días); PA
FARXIGA	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	
<i>glipizide er</i>	
<i>glipizide xl</i>	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	
<i>glipizide tablet 2.5mg</i>	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	
GLYXAMBI	

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	Requisitos/Límites
JANUMET	
JANUMET XR	
JANUVIA	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	
JENTADUETO	
JENTADUETO XR	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	
MOUNJARO <i>nateglinide</i>	QL(2 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML <i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML <i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	
<i>repaglinide</i>	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	
SYNJARDY	
SYNJARDY XR <i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	
TRADJENTA	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	
TRULICITY	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	
Agentes ant glucémicos	
BAQSIMI ONE PACK	
BAQSIMI TWO PACK <i>diazoxide suspension</i>	
GLUCAGEN HYPOKIT <i>glucagon emergency kit</i>	ST
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML <i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	
GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	
GVOKE KIT	
GVOKE PFS	
Insulinas	
HUMALOG	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	

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	Requisitos/Límites
HUMALOG KWIKPEN	
HUMALOG MIX 50/50	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	
HUMALOG MIX 75/25	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	
HUMULIN 70/30	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	
HUMULIN N	
HUMULIN N KWIKPEN	
HUMULIN R	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	
<i>insulin lispro</i>	
LANTUS	
LANTUS SOLOSTAR	
LEVEMIR	
LEVEMIR FLEXPEN	
LEVEMIR FLEXTOUCH	
LYUMJEV	
LYUMJEV KWIKPEN	
NOVOLIN 70/30	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	
NOVOLIN 70/30 RELION	
NOVOLIN N	
NOVOLIN N FLEXPEN	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	
NOVOLIN N RELION	
NOVOLIN R	
NOVOLIN R FLEXPEN	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	
NOVOLIN R RELION	
NOVOLOG	
NOVOLOG FLEXPEN	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	
NOVOLOG MIX 70/30	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	
NOVOLOG PENFILL	
NOVOLOG RELION	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	
TOUJEO SOLOSTAR	
TRESIBA	
TRESIBA FLEXTOUCH	

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	Requisitos/Límites
Relajantes musculares esqueléticos	
Relajantes musculares esqueléticos	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	
<i>methocarbamol</i>	
<i>orphenadrine citrate er</i>	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	
ALDURAZYME	PA
<i>betaine anhydrous</i>	
CERDELGA	PA
CHOLBAM	PA
CREON	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	
CYSTAGON	
ELAPRASE	PA
ENDARI	PA
EVRYSDI	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	PA
JAVYGTOR	PA
KANUMA	PA
<i>l-glutamine</i>	PA
LUMIZYME	PA
<i>miglustat</i>	PA
NAGLAZYME	PA
<i>nitisinone</i>	
PROLASTIN-C	PA
REVCovi	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	
STRENSIQ	PA
SUCRAID	PA
TEGSEDI	PA
VIMIZIM	PA
<i>yargesa</i>	PA
ZENPEP	
ZOKINVY	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>	63	<i>ALINIA</i>	58
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	63	<i>aliskiren</i>	11
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	63	<i>allopurinol</i>	15
<i>ABELCET</i>	52	<i>alosetron hydrochloride</i>	22
<i>ABILITY MAINTENA</i>	59	<i>ALPHAGAN P</i>	35
<i>abiraterone acetate</i>	53	<i>alprazolam</i>	44
<i>ABRYSVO</i>	34	<i>altavera</i>	24
<i>acamprosate calcium dr</i>	37	<i>ALUNBRIG</i>	55
<i>acarbose</i>	66	<i>alyacen 1/35</i>	24
<i>ACCUTANE</i>	20	<i>alyacen 7/7/7</i>	24
<i>acebutolol hcl</i>	10	<i>alyq</i>	38
<i>acebutolol hydrochloride</i>	10	<i>amabelz</i>	24
<i>acetaminophen/codeine</i>	42	<i>amantadine hcl</i>	61
<i>acetazolamide</i>	11	<i>ambrisentan</i>	39
<i>acetazolamide er</i>	35	<i>amethia</i>	25
<i>acetic acid</i>	42	<i>amethia lo</i>	25
<i>acetic acid 0.25%</i>	24	<i>amethyst</i>	25
<i>acitretin</i>	20	<i>amikacin sulfate</i>	44
<i>ACTHIB</i>	34	<i>amiloride hcl</i>	14
<i>ACTIMMUNE</i>	32	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>acyclovir</i>	21	<i>AMINOSYN II</i>	64
<i>acyclovir</i>	62	<i>AMINOSYN-PF</i>	64
<i>acyclovir sodium</i>	62	<i>amiodarone hydrochloride</i>	13
<i>ADACEL</i>	34	<i>amitriptyline hcl</i>	50
<i>ADBRY</i>	31	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	50
<i>adefovir dipivoxil</i>	63	<i>amlodipine besylate</i>	11
<i>ADEMPAS</i>	38	<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	12
<i>ADTHYZA</i>	29	<i>hydrochloride</i>	
<i>ADVAIR HFA</i>	38	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	12
<i>afirmelle</i>	24	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	12
<i>AIMOVIG</i>	9	<i>ammonium lactate</i>	20
<i>AKEEGA</i>	54	<i>amnesteem</i>	20
<i>ALA-CORT</i>	20	<i>amoxapine</i>	50
<i>albendazole</i>	58	<i>amoxicillin</i>	46
<i>albuterol sulfate</i>	40	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	46
<i>albuterol sulfate er</i>	40	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	46
<i>albuterol sulfate hfa</i>	40	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	17
<i>alclometasone dipropionate</i>	20	<i>amphotericin b</i>	52
<i>ALCOHOL PREP PADS</i>	41	<i>amphotericin b liposome</i>	52
<i>ALDURAZYME</i>	69	<i>ampicillin</i>	46
<i>ALECENSA</i>	55	<i>ampicillin sodium</i>	46
<i>alendronate sodium</i>	15	<i>ampicillin/sulbactam</i>	46
<i>alfuzosin hcl er</i>	23	<i>ampicillin-sulbactam</i>	46
		<i>anagrelide hydrochloride</i>	66
		<i>anastrozole</i>	55
		<i>ANORO ELLIPTA</i>	38

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>aprepitant</i>	51	<i>aurovelafe 1/20</i>	25
APTIOM	48	AUSTEDO	18
APTIVUS	61	AUSTEDO XR	18
AREXVY	34	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	18
<i>arformoterol tartrate</i>	40	KIT	
<i>aripiprazole</i>	59	AUVELITY	49
<i>aripiprazole odt</i>	59	<i>aviane</i>	25
ARISTADA	59	AVONEX	16
ARISTADA INITIO	59	AVONEX PEN	16
<i>armodafinil</i>	19	<i>ayuna</i>	25
ARMOUR THYROID	29	AYVAKIT	56
ARNURITY ELLIPTA	39	<i>azathioprine</i>	32
ASCENIV	32	<i>azelaic acid</i>	20
<i>asenapine maleate sl</i>	59	<i>azelastine hcl</i>	35
<i>ashlyna</i>	25	<i>azelastine hcl</i>	39
ASMANEX HFA	39	<i>azelastine hydrochloride</i>	39
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	39	<i>azithromycin</i>	46
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	39	<i>aztreonam</i>	44
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	39	<i>azurette</i>	25
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	39	<i>bacitracin</i>	36
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	39	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	36
<i>aspirin/dipyridamole</i>	65	<i>baclofen</i>	9
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	65	BACTROBAN NASAL	21
ASTAGRAF XL	32	BAFIERTAM	16
<i>atazanavir</i>	61	<i>balsalazide disodium</i>	15
<i>atazanavir sulfate</i>	61	BALVERSA	56
<i>atenolol</i>	10	<i>balziva</i>	25
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	12	BAQSIMI ONE PACK	67
<i>atomoxetine</i>	18	BAQSIMI TWO PACK	67
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	BARACLUDE	63
<i>atorvastatin calcium</i>	13	<i>bcg vaccine</i>	34
<i>atovaquone</i>	58	BD INSULIN SYRINGE	41
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	58	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atropine sulfate</i>	35	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	41
ATROVENT HFA	40	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>aubra eq</i>	25	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	41
AUGMENTIN	46	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
AUGTYRO	41	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	41
<i>aurovela 1.5/30</i>	25	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>aurovela 1/20</i>	25	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	41
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	25	FINE/29G X 12.7MM	

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>benazepril hydrochloride</i>	14	<i>buprenorphine hcl</i>	37
<i>benazepril</i>	12	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	37
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	37
BENLYSTA	31	<i>hydrochloride</i>	
<i>benznidazole</i>	58	<i>bupropion hcl</i>	49
<i>benztropine mesylate</i>	10	<i>bupropion hydrochloride</i>	50
BESIVANCE	36	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	37
BESREMI	54	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	49
<i>betaine anhydrous</i>	69	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	50
<i>betamethasone dipropionate</i>	20	<i>buspirone hcl</i>	44
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	20	<i>buspirone hydrochloride</i>	44
<i>betamethasone valerate</i>	20	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	18
BETASERON	16	BYDUREON BCISE	66
<i>betaxolol hcl</i>	11	BYETTA	66
<i>betaxolol hcl</i>	35	CABENUVA	62
<i>bethanechol chloride</i>	24	<i>cabergoline</i>	29
<i>bexarotene</i>	58	CABLIVI	65
BEXSERO	34	CABOMETYX	56
<i>bicalutamide</i>	53	<i>calcipotriene</i>	19
BICILLIN L-A	46	<i>calcitonin-salmon</i>	16
BIKTARVY	62	<i>calcitriol</i>	16
<i>bisoprolol fumarate</i>	11	<i>calcium acetate</i>	64
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	12	CALQUENCE	56
BIVIGAM	32	<i>camila</i>	28
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	25	<i>camrese</i>	25
<i>blisovi fe 1/20</i>	25	<i>camrese lo</i>	25
BOOSTRIX	34	<i>candesartan cilexetil</i>	13
BOSULIF	56	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	12
BRAFTOVI	56	CAPLYTA	60
BREO ELLIPTA	38	CAPRELSA	56
BREZTRI AEROSPHERE	39	<i>captopril</i>	14
<i>brielllyn</i>	25	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	12
BRILINTA	65	<i>carbamazepine</i>	48
BRIMONIDINE TARTRATE	35	<i>carbamazepine er</i>	48
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	36	<i>carbidopa</i>	10
<i>brinzolamide</i>	35	<i>carbidopa/levodopa</i>	10
BRIVIACT	49	<i>carbidopa/levodopa er</i>	10
<i>bromfenac sodium</i>	36	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	10
<i>bromocriptine mesylate</i>	10	<i>carglumic acid</i>	64
BRONCHITOL	38	<i>carteolol hcl</i>	35
BRUKINSA	56	<i>cartia xt</i>	11
<i>budesonide</i>	15	<i>carvedilol</i>	11
<i>budesonide</i>	39	<i>caspofungin acetate</i>	52
<i>budesonide er</i>	15	CAYSTON	38
<i>bumetanide</i>	14	<i>cefaclor</i>	45
<i>buprenorphine</i>	42	<i>cefadroxil</i>	45

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CEFAZOLIN	45	ciprofloxacin i.v.-in d5w	47
cefazolin sodium	45	ciprofloxacin/dexamethasone	42
cefdinir	45	cisplatin	53
cefepime	45	citalopram hydrobromide	50
cefepime hydrochloride	45	claravis	20
cefixime	45	clarithromycin	46
cefotaxime sodium	45	clarithromycin er	46
cefotetan	45	CLENPIQ	22
cefoxitin sodium	45	CLIMARA PRO	25
cefpodoxime proxetil	45	clindacin etz pledges	44
cefprozil	45	clindamycin hcl	44
ceftazidime	45	clindamycin hydrochloride	44
ceftazidime/dextrose	45	clindamycin palmitate hydrochloride	44
ceftriaxone sodium	45	clindamycin phosphate	21
cefuroxime axetil	45	clindamycin phosphate	44
cefuroxime sodium	45	clobazam	47
celecoxib	43	clobetasol propionate	21
cephalexin	46	clobetasol propionate e	21
CERDELGA	69	clomipramine hydrochloride	50
chateal	25	clonazepam	47
chateal eq	25	clonazepam odt	47
CHEMET	63	clonidine	12
chlorhexidine gluconate	19	clonidine hydrochloride	12
chloroquine phosphate	58	clopidogrel	65
chlorothiazide	14	clorazepate dipotassium	44
chlorpromazine hcl	59	clotrimazole	52
chlorpromazine hydrochloride	59	clotrimazole/betamethasone dipropionate	19
chlorthalidone	14	CLOVIQUE	64
CHOLBAM	69	clozapine	59
cholestyramine	14	clozapine odt	59
cholestyramine light	14	COARTEM	58
cycladan	21	COBENFY	18
cyclopirox	21	COBENFY STARTER PACK	18
cyclopirox nail lacquer	21	colchicine	15
cyclopirox olamine	21	colesevelam hydrochloride	14
cidofovir	61	colestipol hcl	14
cilostazol	65	colistimethate sodium	45
CIMDUO	63	colocort	15
cinacalcet hydrochloride	16	COLUMVI	54
CINRYZE	32	COMBIGAN	36
CIPRO	47	COMBIVENT RESPIMAT	38
ciprofloxacin	42	COMETRIQ	56
ciprofloxacin	47	COMPLERA	62
ciprofloxacin hcl	47	compro	51
ciprofloxacin hydrochloride	36	constulose	22
ciprofloxacin hydrochloride	47	COPIKTRA	56

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CORLANOR	12	debilitane	28
<i>cortisone acetate</i>	29	deferasirox	64
COSENTYX	31	DELSTRIGO	62
COSENTYX SENSOREADY PEN	31	<i>delyla</i>	25
COSENTYX UNOREADY	31	<i>demeclacycline hcl</i>	47
COTELLIC	56	<i>demeclacycline hydrochloride</i>	47
CREON	69	DENGVAXIA	34
<i>cromolyn sodium</i>	35	DEPO-PROVERA	28
<i>cromolyn sodium</i>	40	DEPO-SUBQ PROVERA 104	28
<i>cromolyn sodium</i>	69	DESCOVY	63
<i>cryselle-28</i>	25	<i>desipramine hydrochloride</i>	50
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	41	<i>desmopressin acetate</i>	24
CUTAQUIG	32	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	25
CUVITRU	32	<i>desonide</i>	21
<i>cyclafem 1/35</i>	25	<i>desoximetasone</i>	21
<i>cyclafem 7/7/7</i>	25	<i>desvenlafaxine er</i>	50
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	69	<i>dexamethasone</i>	29
<i>cyclophosphamide</i>	53	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	36
<i>cycloserine</i>	52	DEXILANT	23
<i>cyclosporine</i>	32	<i>dexlansoprazole</i>	23
<i>cyclosporine</i>	36	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	18
<i>cyclosporine modified</i>	32	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	18
CYLTEZO	32	<i>dextrose 5%</i>	64
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	32	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	64
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	32	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	64
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	32	DIACOMIT	47
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	39	<i>diazepam</i>	44
CYSTAGON	69	<i>diazepam intensol</i>	44
CYSTARAN	36	<i>diazepam rectal gel</i>	48
<i>dalfampridine er</i>	16	<i>diazoxide</i>	67
<i>danazol</i>	24	<i>diclofenac potassium</i>	43
<i>dantrolene sodium</i>	9	<i>diclofenac sodium</i>	20
<i>dapsone</i>	52	<i>diclofenac sodium</i>	37
DAPTACEL	34	<i>diclofenac sodium</i>	43
<i>daptomycin</i>	45	<i>diclofenac sodium dr</i>	43
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	45	<i>diclofenac sodium er</i>	43
<i>darunavir</i>	61	<i>dicloxacillin sodium</i>	46
DARZALEX FASPRO	54	<i>dicyclomine hcl</i>	23
<i>dasatinib</i>	56	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	23
<i>dasetta 1/35</i>	25	DIFICID	47
<i>dasetta 7/7/7</i>	25	<i>diflunisal</i>	43
DAURISMO	56	<i>digitek</i>	13
<i>daysee</i>	25	<i>digox</i>	13
		<i>digoxin</i>	13
		<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9
		DILANTIN	48

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diltiazem hcl</i>	11	EASY COMFORT INSULIN	41
<i>diltiazem hcl cd</i>	11	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hcl er</i>	11	<i>ec-naproxen</i>	43
<i>diltiazem hydrochloride</i>	11	<i>econazole nitrate</i>	52
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	11	EDARBI	13
<i>dilt-xr</i>	11	EDARBYCLOR	12
<i>dimethyl fumarate</i>	16	EDURANT	62
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	16	<i>efavirenz</i>	62
<i>diphenhydramine hcl</i>	39	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	39	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	62
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	22	<i>effe-k</i>	64
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	34	ELAPRASE	69
<i>disulfiram</i>	37	<i>elinest</i>	25
<i>divalproex sodium</i>	48	ELIQUIS	65
<i>divalproex sodium dr</i>	48	ELIQUIS STARTER PACK	65
<i>divalproex sodium er</i>	48	ELLA	41
<i>dofetilide</i>	13	ELMIRON	24
<i>dolishale</i>	25	<i>eluryng</i>	25
<i>donepezil hcl</i>	9	EMCYT	54
<i>donepezil hydrochloride</i>	9	EMGALITY	9
<i>DOPTELET</i>	65	EMPAVELI	31
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	36	EMSAM	50
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	35	<i>emtricitabine</i>	63
<i>DOTTI</i>	25	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	63
<i>DOVATO</i>	62	<i>EMTRIVA</i>	63
<i>doxazosin mesylate</i>	23	<i>emzahh</i>	28
<i>doxepin hcl</i>	50	<i>enalapril maleate</i>	14
<i>doxepin hydrochloride</i>	50	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>doxy 100</i>	47	ENBREL	32
<i>doxycycline</i>	47	ENBREL MINI	32
<i>doxycycline hyclate</i>	19	ENBREL SURECLICK	32
<i>doxycycline hyclate</i>	47	ENDARI	69
<i>doxycycline monohydrate</i>	47	<i>endocet</i>	42
<i>d-penamine</i>	24	ENGERIX-B	34
<i>DRIZALMA SPRINKLE</i>	50	<i>enilloring</i>	25
<i>dronabinol</i>	51	ENJAYMO	31
<i>DROXIA</i>	54	<i>enoxaparin sodium</i>	65
<i>droxidopa</i>	12	<i>enpresse-28</i>	25
<i>DULERA</i>	38	<i>entacapone</i>	10
<i>duloxetine hydrochloride</i>	51	<i>entecavir</i>	63
<i>DUPIXENT</i>	31	ENTRESTO	12
<i>dutasteride</i>	23	<i>enulose</i>	22
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	23	ENVARSUS XR	33

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
EPIDIOLEX	49	<i>falmina</i>	26
<i>epinephrine</i>	12	<i>famciclovir</i>	62
<i>epinephrine</i>	40	<i>famotidine</i>	23
<i>epitol</i>	48	FANAPT	60
EPKINLY	54	FANAPT TITRATION PACK	60
<i>eplerenone</i>	14	FARXIGA	66
<i>epoprostenol sodium</i>	39	FARYDAK	56
EPRONTIA	49	FASENRA	38
<i>ergoloid mesylates</i>	9	FASENRA PEN	38
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	9	<i>fayosim</i>	26
ERIVEDGE	56	<i>febuxostat</i>	15
ERLEADA	53	<i>felbamate</i>	49
<i>erlotinib hydrochloride</i>	56	<i>felodipine er</i>	11
<i>errin</i>	28	<i>femynor</i>	26
<i>ertapenem</i>	46	<i>fenofibrate</i>	13
<i>ertapenem sodium</i>	46	<i>fenofibrate micronized</i>	13
<i>ery</i>	22	<i>fenofibric acid dr</i>	13
<i>erythromycin</i>	22	<i>fentanyl</i>	42
<i>erythromycin</i>	36	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	42
<i>erythromycin dr</i>	47	FETZIMA	51
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	47	FETZIMA TITRATION PACK	51
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	20	FINACEA	20
<i>escitalopram oxalate</i>	51	<i>finasteride</i>	23
<i>esomeprazole magnesium</i>	23	<i> fingolimod hydrochloride</i>	16
<i>estarrylla</i>	25	FINTEPLA	49
<i>estradiol</i>	25	FIRMAGON	29
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	25	FLAREX	37
ESTRING	25	<i>flecainide acetate</i>	13
<i>eszopiclone</i>	19	<i>fluconazole</i>	52
<i>ethambutol hydrochloride</i>	52	<i>fluconazole in dextrose</i>	52
<i>ethosuximide</i>	48	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	52
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	25	<i>flucytosine</i>	52
<i>etodolac</i>	43	<i>fludrocortisone acetate</i>	29
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	25	<i>flunisolide</i>	39
<i>etravirine</i>	62	<i>fluocinolone acetonide</i>	21
EUCRISA	21	<i>fluocinolone acetonide body</i>	21
EUTHYROX	29	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	21
<i>everolimus</i>	33	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	21
<i>everolimus</i>	56	<i>fluocinonide</i>	21
EVOTAZ	61	<i>fluorometholone</i>	37
EVRYSDI	69	<i>fluorouracil</i>	20
<i>exemestane</i>	55	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	51
EXKIVITY	56	<i>fluphenazine decanoate</i>	59
<i>ezetimibe</i>	14	<i>fluphenazine hcl</i>	59
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	14	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	59
FABRAZYME	69	<i>flurbiprofen</i>	43

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>flurbiprofen sodium</i>	37	<i>gentamicin sulfate</i>	36
<i>flutamide</i>	53	<i>gentamicin sulfate</i>	44
<i>fluticasone propionate</i>	21	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	44
<i>fluticasone propionate</i>	39	<i>GENVOYA</i>	62
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	38	<i>GILOTrif</i>	56
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	38	<i>glatiramer acetate</i>	16
<i>fluvastatin</i>	13	<i>GLEOSTINE</i>	53
<i>fluvastatin sodium er</i>	13	<i>glimepiride</i>	66
<i>fluvoxamine maleate</i>	51	<i>glipizide</i>	66
<i>fondaparinux sodium</i>	65	<i>glipizide er</i>	66
<i>formoterol fumarate</i>	40	<i>glipizide xl</i>	66
<i>FORTEO</i>	16	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	66
<i>fosamprenavir calcium</i>	61	<i>GLUCAGEN HYPOKIT</i>	67
<i>fosinopril sodium</i>	14	<i>glucagon emergency kit</i>	67
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	12	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	67
<i>FOTIVDA</i>	53	<i>glyburide</i>	66
<i>FRAGMIN</i>	65	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	66
<i>FRUZAQLA</i>	56	<i>glycopyrrolate</i>	23
<i>furosemide</i>	14	<i>GLYXAMBI</i>	66
<i>FUZEON</i>	61	<i>griseofulvin microsize</i>	52
<i>FYAVOLV</i>	26	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	52
<i>FYCOMPA</i>	49	<i>guanfacine hydrochloride</i>	12
<i> gabapentin</i>	48	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18
<i> galantamine hydrobromide</i>	9	<i>GUANIDINE HCL</i>	10
<i> galantamine hydrobromide er</i>	9	<i>GVOKE HYPOPEN 1-PACK</i>	67
<i> gallifrey</i>	28	<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</i>	67
<i> GAMASTAN</i>	32	<i>GVOKE KIT</i>	67
<i> GAMMAKED</i>	32	<i>GVOKE PFS</i>	67
<i> GAMUNEX-C</i>	32	<i>hailey 1.5/30</i>	26
<i> ganciclovir</i>	61	<i>hailey fe 1.5/30</i>	26
<i> GARDASIL 9</i>	34	<i>hailey fe 1/20</i>	26
<i> gatifloxacin</i>	36	<i>halobetasol propionate</i>	21
<i> gavilyte-c</i>	22	<i>haloette</i>	26
<i> gavilyte-g</i>	22	<i>haloperidol</i>	59
<i> gavilyte-h</i>	22	<i>haloperidol decanoate</i>	59
<i> gavilyte-n/flavor pack</i>	22	<i>haloperidol lactate</i>	59
<i> GAVRETO</i>	54	<i>HAVRIX</i>	34
<i> gefitinib</i>	56	<i>heather</i>	28
<i> GELNIQUE PUMP</i>	24	<i>HEPAGAM B</i>	32
<i> gemfibrozil</i>	13	<i>heparin sodium</i>	65
<i> GEMTESA</i>	24	<i>HEPLISAV-B</i>	34
<i> generlac</i>	22	<i>HIBERIX</i>	34
<i> gengraf</i>	33	<i>HIZENTRA</i>	32
<i> GENOTROPIN</i>	24	<i>HUMALOG</i>	67
<i> GENOTROPIN MINIQUICK</i>	24	<i>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN</i>	67
<i> gentak</i>	36		

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMALOG KWIKPEN	68	iclevia	26
HUMALOG MIX 50/50	68	ICLUSIG	56
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	68	icosapent ethyl	14
HUMALOG MIX 75/25	68	IDHIFA	54
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	68	IGALMI	41
HUMATIN	44	ILARIS	31
HUMIRA	33	ILEVRO	37
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	33	imatinib mesylate	56
HUMIRA PEN	33	IMBRUVICA	56
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	33	imipenem/cilastatin	46
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	33	imipramine hcl	50
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	33	imipramine hydrochloride	50
HUMULIN 70/30	68	imiquimod	20
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	68	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	34
HUMULIN N	68	IMPAVIDO	45
HUMULIN N KWIKPEN	68	INBRIJA	10
HUMULIN R	68	incassia	28
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	68	INCRELEX	24
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	68	INCRUSE ELLIPTA	40
hydralazine hcl	15	indapamide	14
hydralazine hydrochloride	15	indomethacin	43
hydrochlorothiazide	14	indomethacin er	43
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	42	INFANRIX	34
hydrocodone/acetaminophen	42	INFLECTRA	33
hydrocortisone	15	INFLIXIMAB	33
hydrocortisone	21	INGREZZA	18
hydrocortisone	29	INLYTA	56
hydrocortisone valerate	21	INQOVI	56
hydrocortisone/acetic acid	42	INREBIC	54
hydromorphone hcl	42	insulin lispro	68
hydromorphone hydrochloride	42	INTELENCE	62
hydromorphone hydrochloride dosette	42	INTRON A	32
hydroxychloroquine sulfate	58	introvale	26
hydroxyurea	54	INVEGA HAFYERA	60
hydroxyzine hcl	39	INVEGA SUSTENNA	60
hydroxyzine hydrochloride	39	INVEGA TRINZA	60
hydroxyzine pamoate	44	INVIRASE	61
HYPERTHEP B	32	IPOL INACTIVATED IPV	34
ibandronate sodium	16	ipratropium bromide	40
IBRANCE	54	ipratropium bromide/albuterol sulfate	38
IBRANCE	56	irbesartan	13
ibu	43	irbesartan/hydrochlorothiazide	12
ibuprofen	43	ISENTRESS	62
icatibant acetate	32	ISENTRESS HD	62
		ISONIAZID	52
		isosorbide dinitrate	15

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	12	<i>ketoconazole</i>	53
<i>isosorbide mononitrate</i>	15	<i>ketorolac tromethamine</i>	37
<i>isosorbide mononitrate er</i>	15	<i>ketorolac tromethamine</i>	43
<i>isotretinoin</i>	20	<i>kimidess</i>	26
<i>isradipine</i>	11	KINERET	31
ISTURISA	30	KINRIX	34
ITOVEBI	54	<i>kionex</i>	63
<i>itraconazole</i>	53	KISQALI	57
<i>ivabradine hydrochloride</i>	12	KISQALI FEMARA 200 DOSE	54
<i>ivermectin</i>	58	KISQALI FEMARA 400 DOSE	54
IWLFIN	54	KISQALI FEMARA 600 DOSE	54
IXCHIQ	34	<i>klayesta</i>	53
IXIARO	34	KLISYRI	20
<i>jaimiess</i>	26	<i>klor-con</i>	64
JAKAFI	56	<i>klor-con 10</i>	64
<i>jantoven</i>	65	<i>klor-con 8</i>	64
JANUMET	67	<i>klor-con m10</i>	64
JANUMET XR	67	<i>klor-con m15</i>	64
JANUVIA	67	<i>klor-con m20</i>	64
JARDIANCE	67	<i>klor-con sprinkle</i>	64
JAVYGTOR	69	<i>klor-con/ef</i>	65
JAYPIRCA	56	KORLYM	28
<i>jencycla</i>	28	KOSELUGO	57
JENTADUETO	67	<i>kourzeq</i>	19
JENTADUETO XR	67	KRAZATI	54
<i>jinteli</i>	26	<i>kurvelo</i>	26
<i>jolessa</i>	26	KYNMOBI	10
<i>jolivette</i>	28	KYNMOBI TITRATION KIT	10
JUBLIA	53	<i>labetalol hydrochloride</i>	11
JULUCA	62	<i>lacosamide</i>	48
<i>junel 1.5/30</i>	26	<i>lactulose</i>	22
<i>junel 1/20</i>	26	LAGEVRIO	41
<i>junel fe 1.5/30</i>	26	<i>lamivudine</i>	63
<i>junel fe 1/20</i>	26	<i>lamivudine</i>	63
JYLAMVO	33	<i>lamivudine/zidovudine</i>	63
JYNNEOS	34	<i>lamotrigine</i>	49
KALYDECO	38	<i>lamotrigine er</i>	49
KANJINTI	54	<i>lamotrigine odt</i>	49
KANUMA	69	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	49
<i>kariva</i>	26	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	49
<i>kelnor 1/35</i>	26	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	49
<i>kelnor 1/50</i>	26	<i>lamotrigine titration</i>	49
KEPIVANCE	19	LANREOTIDE ACETATE	30
KERENDIA	12	<i>lansoprazole</i>	23
KESIMPTA	16	LANTUS	68
		LANTUS SOLOSTAR	68

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lapatinib ditosylate</i>	57	LIBERVANT	48
<i>larin 1.5/30</i>	26	<i>lidocaine</i>	44
<i>larin 1/20</i>	26	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	19
<i>larin fe 1.5/30</i>	26	<i>lidocaine viscous</i>	19
<i>larin fe 1/20</i>	26	<i>lidocaine/prilocaine</i>	43
<i>larissia</i>	26	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	43
<i>latanoprost</i>	37	<i>lillow</i>	26
LAZCLUZE	54	<i>linezolid</i>	45
<i>leflunomide</i>	33	LINZESS	22
<i>lenalidomide</i>	53	<i>liothyronine sodium</i>	29
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	57	<i>lisinopril</i>	14
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	57	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	12
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	57	<i>lithium</i>	37
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	57	<i>lithium carbonate</i>	37
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	57	<i>lithium carbonate er</i>	37
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	57	LIVALO	13
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	57	LIVMARLI	41
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	57	LIVTENCITY	61
<i>lessina</i>	26	<i>lojaimies</i>	26
<i>letrozole</i>	55	LOKELMA	63
<i>leucovorin calcium</i>	55	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	40
LEUKERAN	53	LONSURF	54
<i>leuprolide acetate</i>	30	<i>loperamide hcl</i>	22
<i>levalbuterol</i>	40	<i>lopinavir/ritonavir</i>	61
<i>levalbuterol hcl</i>	40	<i>lopreeza</i>	26
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	40	LOQTORZI	54
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	40	<i>lorazepam</i>	44
LEVEMIR	68	<i>lorazepam intensol</i>	44
LEVEMIR FLEXPEN	68	LORBRENA	57
LEVEMIR FLEXTOUCH	68	<i>lorcet</i>	42
<i>levetiracetam</i>	49	<i>lorcet hd</i>	42
<i>levetiracetam er</i>	49	<i>lorcet plus</i>	43
<i>levobunolol hcl</i>	35	<i>losartan potassium</i>	13
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	39	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>levofloxacin</i>	36	LOTEMAX SM	37
<i>levofloxacin</i>	47	<i>lovastatin</i>	13
<i>levofloxacin in d5w</i>	47	<i>low-ogestrel</i>	26
<i>levonest</i>	26	<i>loxapine</i>	59
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	26	<i>lubiprostone</i>	22
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	26	LUMAKRAS	54
<i>levora 0.15/30-28</i>	26	LUMIGAN	37
LEVO-T	29	LUMIZYME	69
<i>levothyroxine sodium</i>	29	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	30
LEVOXYL	29	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	30
LEXIVA	61	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	30
<i>l-glutamine</i>	69	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	30

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	30	<i>metformin hydrochloride er</i>	67
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	30	<i>methadone hcl</i>	42
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	24	<i>methadone hydrochloride</i>	42
<i>lurasidone hydrochloride</i>	60	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	42
<i>lutera</i>	26	<i>methazolamide</i>	35
LYBALVI	60	<i>methenamine hippurate</i>	45
<i>lyleq</i>	28	<i>methimazole</i>	30
<i>lyllana</i>	26	<i>methocarbamol</i>	69
LYNPARZA	57	<i>methotrexate</i>	33
LYSODREN	30	<i>methotrexate sodium</i>	33
LYTGOBI	54	<i>methylsuccimide</i>	48
LYUMJEV	68	<i>methyldopa</i>	12
LYUMJEV KWIKPEN	68	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	18
<i>lyza</i>	28	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	18
<i>magnesium sulfate</i>	65	<i>methylprednisolone</i>	29
<i>malathion</i>	22	<i>methylprednisolone dose pack</i>	29
<i>maprotiline hcl</i>	50	<i>metoclopramide hcl</i>	22
<i>maraviroc</i>	61	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	22
<i>marlissa</i>	26	<i>metolazone</i>	14
MARPLAN	50	<i>metoprolol succinate er</i>	11
MATULANE	53	<i>metoprolol tartrate</i>	11
<i>matzim la</i>	11	<i>metronidazole</i>	20
MAVYRET	62	<i>metronidazole vaginal</i>	45
MAYZENT	16	<i>metyrosine</i>	12
MAYZENT STARTER PACK	16	<i>mexiletine hcl</i>	13
<i>meclizine hcl</i>	52	<i>microgestin 1.5/30</i>	26
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	28	<i>microgestin 1/20</i>	26
<i>mefloquine hcl</i>	58	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	26
<i>megestrol acetate</i>	28	<i>microgestin fe 1/20</i>	27
MEKINIST	57	<i>midodrine hcl</i>	12
MEKTOVI	57	<i>mifepristone</i>	28
<i>meloxicam</i>	43	<i>miglustat</i>	69
<i>memantine hcl titration pak</i>	9	<i>mili</i>	27
<i>memantine hydrochloride</i>	9	<i>mimvey</i>	27
<i>memantine hydrochloride er</i>	9	<i>mimvey lo</i>	27
MENACTRA	34	<i>minocycline hcl</i>	47
MENEST	26	<i>minocycline hydrochloride</i>	47
MENQUADFI	34	<i>minoxidil</i>	15
MENVEO	34	<i>mirtazapine</i>	50
<i>mercaptopurine</i>	54	<i>mirtazapine odt</i>	50
<i>meropenem</i>	46	<i>misoprostol</i>	23
<i>mesalamine</i>	15	<i>M-M-R II</i>	34
<i>mesalamine dr</i>	15	<i>modafinil</i>	19
<i>mesalamine er</i>	15	<i>moexipril hcl</i>	14
MESNEX	55	<i>molindone hydrochloride</i>	59
<i>metformin hydrochloride</i>	67		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>mometasone furoate</i>	21	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	36
<i>mometasone furoate</i>	39	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	36
<i>monodoxine nl</i>	47	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	36
<i>mono-linyah</i>	27	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	36
<i>mononessa</i>	27	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	42
<i>montelukast sodium</i>	40	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	42
<i>morgidox 1x100mg</i>	47	<i>neo-polycin</i>	36
<i>morgidox 2x100mg</i>	47	<i>neo-polycin hc</i>	36
<i>morphine sulfate</i>	43	<i>NERLYNX</i>	57
<i>morphine sulfate er</i>	42	<i>NEULASTA</i>	66
MOTEGRITY	22	NEULASTA ONPRO KIT	66
MOUNJARO	67	NEUPRO	10
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	47	<i>nevirapine</i>	62
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	36	<i>nevirapine er</i>	63
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	47	NEXLETOL	14
MRESVIA	34	NEXLIZET	14
MULTAQ	13	<i>niacin er</i>	14
<i>mupirocin</i>	22	NICOTROL NS	37
<i>mycophenolate mofetil</i>	33	<i>nifedipine er</i>	11
<i>mycophenolic acid dr</i>	33	<i>nilutamide</i>	53
<i>myorisan</i>	20	<i>nimodipine</i>	11
MYRBETRIQ	24	NINLARO	54
NABI-HB	32	<i>nitazoxanide</i>	58
<i>nabumetone</i>	43	<i>nitixinone</i>	69
<i>nadolol</i>	11	NITRO-BID	15
<i>nafcillin sodium</i>	46	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	45
NAGLAZYME	69	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	45
<i>naloxone hcl</i>	37	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	45
<i>naloxone hydrochloride</i>	37	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>naltrexone hcl</i>	37	<i>nitroglycerin</i>	22
NAMZARIC	9	<i>nitroglycerin transdermal</i>	15
<i>naproxen</i>	43	NIVA THYROID	29
<i>naproxen dr</i>	43	<i>nizatidine</i>	23
<i>naproxen sodium</i>	43	<i>nora-be</i>	28
<i>naratriptan hcl</i>	9	<i>norethindrone</i>	28
NATACYN	36	<i>norethindrone acetate</i>	28
<i>nateglinide</i>	67	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	27
NAYZILAM	49	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	27
<i>nebivolol</i>	11	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	11	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	27
<i>necon 0.5/35-28</i>	27	<i>norlyda</i>	28
<i>necon 7/7/7</i>	27	<i>norlyroc</i>	28
<i>nefazodone hydrochloride</i>	51	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	27
<i>neomycin sulfate</i>	44	<i>nortrel 1/35</i>	27
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	36	<i>nortrel 7/7/7</i>	27

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nortriptyline hcl</i>	50	OCREVUS	17
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	50	OCREVUS ZUNOVO	17
NORVIR	61	<i>octreotide acetate</i>	30
NOVOLIN 70/30	68	ODEFSEY	63
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	68	ODOMZO	57
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	68	OFEV	38
NOVOLIN 70/30 RELION	68	<i>ofloxacin</i>	36
NOVOLIN N	68	<i>ofloxacin</i>	42
NOVOLIN N FLEXPEN	68	OGSIVEO	54
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	68	OJEMDA	57
NOVOLIN N RELION	68	OJJAARA	57
NOVOLIN R	68	<i>olanzapine</i>	60
NOVOLIN R FLEXPEN	68	<i>olanzapine odt</i>	60
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	68	olmesartan medoxomil	13
NOVOLIN R RELION	68	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	12
NOVOLOG	68	<i>olopatadine hcl</i>	35
NOVOLOG FLEXPEN	68	<i>olopatadine hydrochloride</i>	35
NOVOLOG FLEXPEN RELION	68	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	14
NOVOLOG MIX 70/30	68	<i>omeprazole</i>	23
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	68	<i>omeprazole dr</i>	23
FLEXPEN		OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	41
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	68	(GEN 5)	
FLEXPEN RELION		OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	41
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	68	(GEN 5)	
NOVOLOG PENFILL	68	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	41
NOVOLOG RELION	68	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	41
<i>np thyroid 120</i>	29	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	41
<i>np thyroid 15</i>	29	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	41
<i>np thyroid 30</i>	29	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	41
<i>np thyroid 60</i>	29	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 90</i>	29	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	41
NUBEQA	53	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	41
NUCALA	38	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	41
NUEDEXTA	19	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	41
NUPLAZID	60	<i>ondansetron hcl</i>	51
NURTEC	9	<i>ondansetron hydrochloride</i>	51
NUTRILIPID	41	<i>ondansetron odt</i>	51
<i>nyamyc</i>	53	ONUREG	54
<i>nylia 1/35</i>	27	OPDUALAG	55
<i>nylia 7/7/7</i>	27	OPSUMIT	39
NYMALIZE	11	<i>oralone dental paste</i>	19
<i>nymyo</i>	27	ORENCIA	31
<i>nystatin</i>	53	ORENCIA	33
<i>nystatin/triamcinolone</i>	20	ORENCIA CLICKJECT	31
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	20	ORENITRAM	39
<i>nystop</i>	53		

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	39	<i>peglax</i>	22
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	39	PEMAZYRE	55
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	39	PENBRAYA	34
ORGOVYX	30	<i>penicillamine</i>	24
ORKAMBI	38	<i>penicillin g sodium</i>	46
<i>orphenadrine citrate er</i>	69	<i>penicillin v potassium</i>	46
ORSERDU	54	PENTACEL	34
<i>orsythia</i>	27	<i>pentamidine isethionate</i>	58
<i>oseltamivir phosphate</i>	61	<i>pentoxifylline er</i>	12
OSMOLEX ER	10	<i>perindopril erbumine</i>	14
OSPHENA	24	<i>permethrin</i>	22
OTEZLA	20	<i>perphenazine</i>	59
OTEZLA	31	PERSERIS	60
<i>oxacillin sodium</i>	46	<i>phenadoz</i>	52
<i>oxaprozin</i>	43	<i>phenelzine sulfate</i>	50
OXBRYTA	66	<i>phenobarbital</i>	48
<i>oxcarbazepine</i>	48	PHENYTEK	48
OXLUMO	41	<i>phenytoin</i>	48
<i>oxybutynin chloride</i>	24	<i>phenytoin infatabs</i>	48
<i>oxybutynin chloride er</i>	24	<i>phenytoin sodium extended</i>	48
<i>oxycodone hydrochloride</i>	43	PHESGO	55
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	43	<i>philith</i>	27
OZEMPIC	67	PIFELTRO	63
PACERONE	13	<i>pilocarpine hcl</i>	35
<i>paliperidone er</i>	60	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	19
PANRETIN	58	<i>pimozide</i>	59
<i>pantoprazole sodium</i>	23	<i>pimtrea</i>	27
PANZYGA	32	<i>pindolol</i>	11
<i>paricalcitol</i>	16	<i>pioglitazone hcl</i>	67
<i>paroex</i>	19	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	67
<i>paramomycin sulfate</i>	44	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	67
<i>paroxetine hcl</i>	51	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	46
<i>paroxetine hydrochloride</i>	51	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	57
PASER	52	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	57
PAXLOVID	41	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	57
<i>pazopanib hydrochloride</i>	57	<i>pirfenidone</i>	38
PEDIARIX	34	<i>pirmella 1/35</i>	27
PEDVAX HIB	34	<i>pirmella 7/7/7</i>	27
<i>peg 3350/electrolytes</i>	22	<i>piroxicam</i>	43
<i>peg-3350/electrolytes</i>	23	<i>pitavastatin calcium</i>	13
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	23	PLENAMINE	65
PEGANONE	48	<i>podofilox</i>	20
PEGASYS	32	<i>polycin</i>	36
		<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate</i>	36
		POMALYST	53
		<i>portia-28</i>	27

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
posaconazole	53	PROLENSA	37
posaconazole dr	53	PROLIA	16
potassium chloride	65	PROMACTA	66
potassium chloride er	65	promethazine hcl	52
potassium chloride sr	65	promethazine hydrochloride	52
potassium citrate er	65	promethazine hydrochloride plain	52
PRALUENT	14	promethegan	52
pramipexole dihydrochloride	10	propafenone hcl	13
prasugrel hydrochloride	65	propafenone hydrochloride	13
pravastatin sodium	13	propafenone hydrochloride er	13
praziquantel	58	propranolol hcl	11
prazosin hydrochloride	10	propranolol hcl er	11
prednisolone	29	propranolol hydrochloride	11
prednisolone acetate	37	propranolol hydrochloride er	11
prednisolone sodium phosphate	29	propylthiouracil	30
prednisone	29	PROQUAD	34
pregabalin	17	protriptyline hcl	50
PREHEVBARIO	34	PULMOZYME	38
PREMARIN	27	PURIXAN	54
premium lidocaine	44	pyrazinamide	52
PREMPHASE	27	pyridostigmine bromide	10
PREMPRO	27	pyrimethamine	59
prenatal	65	PYRUKYND	66
prevalite	14	PYRUKYND TAPER PACK	66
previfem	27	QINLOCK	53
PREVYTMIS	61	QUADRACEL	35
PREZCOBIX	61	quetiapine fumarate	60
PREZISTA	61	quetiapine fumarate er	60
PRIFTIN	52	quinapril hydrochloride	14
primaquine phosphate	58	quinapril/hydrochlorothiazide	12
primidone	48	quinidine sulfate	13
PRIORIX	34	quinine sulfate	59
PRIVIGEN	32	QULIPTA	10
PROAIR RESPICLICK	40	QVAR REDIHALER	39
probencid	15	RABAVERT	35
probencid/colchicine	15	rabeprazole sodium	23
prochlorperazine	52	raloxifene hydrochloride	24
prochlorperazine edisylate	52	ramelteon	19
prochlorperazine maleate	52	ramipril	15
PROCRT	66	ranolazine er	12
procto-med hc	15	rasagiline mesylate	10
proctosol hc	15	RAYALDEE	16
protozone-hc	15	REBETOL	62
progesterone	28	REBIF	17
PROGRAF	33	REBIF REBIDOSE	17
PROLASTIN-C	69	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	17

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
REBIF TITRATION PACK	17	<i>ropinirole hydrochloride</i>	10
RECOMBIVAX HB	35	<i>rosadan</i>	20
RECTIV	23	<i>rosuvastatin calcium</i>	13
RELENZA DISKHALER	61	ROTARIX	35
RELISTOR	22	ROTATEQ	35
REMICADE	33	<i>roweepra</i>	49
RENFLEXIS	33	<i>roweepra xr</i>	49
<i>repaglinide</i>	67	ROZLYTREK	57
REPATHA	14	RUBRACA	57
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	14	<i>rufinamide</i>	49
REPATHA SURECLICK	14	RUKOBIA	61
RESTASIS	36	RUXIENCE	54
RESTASIS MULTIDOSE	36	RYBELSUS	67
RETACRIT	66	RYDAPT	57
RETEVMO	55	RYTARY	10
RETROVIR IV INFUSION	63	<i>sajazir</i>	32
REVCovi	69	SANDIMMUNE	33
REVLIMID	53	SANTYL	20
REXULTI	60	SAPHNELO	31
REYATAZ	61	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	69
REZLIDHIA	57	SAVELLA	17
REZUROCK	33	SAVELLA TITRATION PACK	17
RHOPRESSA	35	SCEMBLIX	55
<i>ribavirin</i>	62	<i>scopolamine</i>	52
<i>rifabutin</i>	52	SECUADO	60
<i>rifampin</i>	52	<i>selegiline hcl</i>	10
<i>riluzole</i>	19	<i>selenium sulfide</i>	21
RINVOQ	31	SELZENTRY	61
RINVOQ LQ	31	SEREVENT DISKUS	40
<i>risedronate sodium</i>	16	<i>sertraline hcl</i>	51
<i>risedronate sodium dr</i>	16	<i>sertraline hydrochloride</i>	51
RISPERDAL CONSTA	60	<i>setlakin</i>	27
<i>risperidone</i>	60	<i>sevelamer carbonate</i>	64
<i>risperidone er</i>	60	SFROWASA	15
<i>risperidone odt</i>	60	<i>sharobel</i>	28
<i>ritonavir</i>	61	SHINGRIX	35
<i>rivastigmine tartrate</i>	9	SIGNIFOR	30
<i>rivastigmine transdermal system</i>	9	SIGNIFOR LAR	30
<i>rivelsa</i>	27	<i>sildenafil citrate</i>	39
<i>rizatriptan benzoate</i>	9	<i>silodosin</i>	23
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	9	<i>silver sulfadiazine</i>	20
ROCKLATAN	36	SIMBRINZA	36
<i>roflumilast</i>	41	<i>simliya</i>	27
ROLVEDON	66	<i>simpesse</i>	27
<i>ropinirole er</i>	10	<i>simvastatin</i>	13
<i>ropinirole hcl</i>	10	<i>sirolimus</i>	34

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

Ultima actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SIRTURO	52	<i>subvenite</i>	49
SKYCLARYS	41	<i>subvenite starter kit/blue</i>	49
SKYRIZI	31	<i>subvenite starter kit/green</i>	49
SKYRIZI PEN	31	<i>subvenite starter kit/orange</i>	49
<i>sodium chloride</i>	65	SUCRAID	69
<i>sodium chloride 0.45%</i>	65	<i>sucralfate</i>	23
<i>sodium chloride 0.9%</i>	41	<i>sulfacetamide sodium</i>	36
<i>sodium oxybate</i>	19	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	36
<i>sodium phenylbutyrate</i>	69	<i>phosphate</i>	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	63	<i>sulfadiazine</i>	47
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	23	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	47
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	62	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	47
<i>solifenacin succinate</i>	24	<i>sulfasalazine</i>	15
SOLIQUA 100/33	67	<i>sulindac</i>	43
SOLTAMOX	54	<i>sumatriptan</i>	9
SOMATULINE DEPOT	30	<i>sumatriptan succinate</i>	9
SOMAVERT	30	<i>sunitinib malate</i>	57
<i>sorafenib</i>	57	SUNLENCA	61
<i>sorafenib tosylate</i>	57	SUTAB	23
<i>sorine</i>	13	SYMPAZAN	48
<i>sotalol hcl</i>	13	SYMTUZA	61
<i>sotalol hydrochloride</i>	13	SYNAGIS	32
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	13	SYNJARDY	67
SOTYKTU	20	SYNJARDY XR	67
SPEVIGO	21	SYNRIBO	55
SPIRIVA HANDIHALER	40	SYNTROID	29
SPIRIVA RESPIMAT	40	TABLOID	54
<i>spironolactone</i>	14	TABRECTA	53
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	12	<i>tacrolimus</i>	21
SPRAVATO 56MG DOSE	50	<i>tacrolimus</i>	34
SPRAVATO 84MG DOSE	50	<i>tadalafil</i>	23
<i>sprintec 28</i>	27	<i>tadalafil</i>	39
SPRITAM	49	TAFINLAR	57
SPRYCEL	57	TAGRISSO	57
<i>sps</i>	63	TALZENNA	57
<i>sronyx</i>	27	<i>tamoxifen citrate</i>	54
<i>ssd</i>	20	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	23
STAMARIL	35	<i>tarina fe 1/20</i>	27
<i>stavudine</i>	63	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	27
STELARA	31	TASIGNA	57
STIOLTO RESPIMAT	38	<i>tazarotene</i>	20
STIVARGA	57	TAZICEF	46
STRENSIQ	69	<i>taztia xt</i>	11
<i>streptomycin sulfate</i>	44	TAZVERIK	55
STRIBILD	62	TDVAX	35
		TEFLARO	46

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TEGSEDI	69	tobramycin	36
telmisartan	13	tobramycin	38
telmisartan/hydrochlorothiazide	12	tobramycin sulfate	44
temazepam	19	tobramycin/dexamethasone	36
TEMIXYS	63	tolazamide	67
TENIVAC	35	tolterodine tartrate	24
tenofovir disoproxil fumarate	63	tolterodine tartrate er	24
TEPMETKO	57	topiramate	49
terazosin hcl	10	topotecan hcl	55
terazosin hydrochloride	10	topotecan hydrochloride	55
terbinafine hcl	53	toremifene citrate	54
terconazole	53	torpenz	57
teriparatide	16	torsemide	14
testosterone	24	TOUJEO MAX SOLOSTAR	68
testosterone cypionate	24	TOUJEO SOLOSTAR	68
testosterone enanthate	24	TRADJENTA	67
testosterone pump	24	tramadol hydrochloride	43
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	35	tramadol hydrochloride/acetaminophen	43
tetrabenazine	19	trandolapril	15
tetracycline hydrochloride	47	trandolapril/verapamil hcl er	12
TEVIMBRA	54	tranexamic acid	65
THALOMID	53	tranylcyromine sulfate	50
theophylline er	41	TRAZIMERA	54
thioridazine hcl	59	trazodone hydrochloride	51
thiothixene	59	TRECATOR	52
THYROID	29	TRELEGY ELLIPTA	38
THYROLAR-1	29	TRELSTAR MIXJECT	30
THYROLAR-1/2	29	TRESIBA	68
THYROLAR-1/4	29	TRESIBA FLEXTOUCH	68
THYROLAR-2	29	tretinoïn	20
THYROLAR-3	29	tretinoïn	58
tiadylt er	11	tri femynor	27
tiagabine hydrochloride	48	triamcinolone acetonide	21
TIBSOVO	57	triamcinolone acetonide	29
TICOVAC	35	triamcinolone acetonide dental paste	19
timolol maleate	35	triamterene/hydrochlorothiazide	12
tinidazole	45	triderm	21
tiotropium bromide	40	trientine hydrochloride	64
TIVICAY	62	tri-estarrylla	27
TIVICAY PD	62	trifluoperazine hcl	59
tizanidine hcl	9	trifluoperazine hydrochloride	59
tizanidine hydrochloride	9	trifluridine	36
TOBI PODHALER	38	trihexyphenidyl hydrochloride	10
TOBRADEX	36	TRIJARDY XR	67
TOBRADEX ST	36	TRIKAFFTA	38
		tri-linyah	27

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>trilyte</i>	23	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	12
<i>trimethoprim</i>	45	VALTOCO 10 MG DOSE	48
<i>tri-mili</i>	27	VALTOCO 15 MG DOSE	48
<i>trimipramine maleate</i>	50	VALTOCO 20 MG DOSE	48
<i>trinessa</i>	28	VALTOCO 5 MG DOSE	48
TRINTELLIX	51	<i>vancomycin hcl</i>	45
<i>tri-nymyo</i>	27	<i>vancomycin hydrochloride</i>	45
<i>tri-previfem</i>	27	VANFLYTA	58
TRIPTODUR	30	VAQTA	35
<i>tri-sprintec</i>	27	<i>varenicline starting month</i>	37
TRIUMEQ	63	<i>varenicline tartrate</i>	37
TRIUMEQ PD	63	VARIVAX	35
<i>trivora-28</i>	28	VARIZIG	32
<i>tri-vylibra</i>	28	VAXCHORA	35
TRIZIVIR	63	VAXELIS	35
TROGARZO	61	VELPHORO	64
<i>trospium chloride</i>	24	VELTASSA	63
<i>trospium chloride er</i>	24	VENCLEXTA	58
TRULICITY	67	VENCLEXTA STARTING PACK	58
TRUMENBA	35	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	51
TRUQAP	58	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	51
TRUSELTIQ	55	VENTAVIS	39
TUKYSA	55	VEOPOZ	31
<i>tulana</i>	28	<i>verapamil hcl</i>	11
TURALIO	58	<i>verapamil hcl er</i>	11
<i>turqoz</i>	28	<i>verapamil hcl sr</i>	11
TWINRIX	35	<i>verapamil hydrochloride</i>	11
TYBOST	61	<i>verapamil hydrochloride er</i>	11
TYMLOS	16	VERQUVO	15
TYPHIM VI	35	VERSACLOZ	59
TYRVAYA	41	VERZENIO	58
TYSABRI	17	V-GO 20	42
UBRELVY	10	V-GO 30	42
UDENYCA	66	V-GO 40	42
UDENYCA ONBODY	66	<i>vicodin hp</i>	43
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	42	VIDEX EC	63
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	42	VIDEX PEDIATRIC	63
UNITHROID	29	<i>vienna</i>	28
<i>urea</i>	20	<i>vigabatrin</i>	48
<i>ursodiol</i>	23	<i>vigadron</i>	48
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	62	VIGAFYDE	48
VALCHLOR	53	<i>vigpoder</i>	48
<i>valganciclovir</i>	61	VIIBRYD STARTER PACK	51
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	61	<i>vilazodone hydrochloride</i>	51
<i>valproic acid</i>	37	VIMIZIM	69
<i>valsartan</i>	13	<i>viorele</i>	28

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

Última actualización: noviembre 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VIRACEPT	61	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	55
VIREAD	63	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	55
VISTOGARD	42	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	55
VITRAKVI	58	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	55
VIVITROL	37	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	55
VIZIMPRO	58	XTAMPZA ER	42
VOCABRIA	62	XTANDI	53
<i>volnea</i>	28	<i>yargesa</i>	69
VONJO	55	YF-VAX	35
VORANIGO	58	YUFLYMA 1-PEN KIT	34
<i>voriconazole</i>	53	YUFLYMA 2-PEN KIT	34
VOSEVI	62	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	34
VOTRIENT	58	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	34
VOWST	23	YUPELRI	40
VRAYLAR	60	<i>yuvafem</i>	28
VUMERTY	17	<i>zafirlukast</i>	40
<i>vyfemla</i>	28	<i>zaleplon</i>	19
VYJUVEK	42	ZARXIO	66
<i>vylibra</i>	28	ZEJULA	58
VYNDAMAX	12	ZELBORAF	58
VYVGART HYTRULO	31	<i>zenatane</i>	20
VYZULTA	37	ZENPEP	69
<i>warfarin sodium</i>	65	ZEPOSIA	17
WELIREG	58	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	17
<i>wera</i>	28	ZEPOSIA STARTER KIT	17
wixela inhub	38	<i>zidovudine</i>	63
XALKORI	58	<i>ziprasidone hcl</i>	60
XARELTO	65	<i>ziprasidone mesylate</i>	60
XARELTO STARTER PACK	65	ZIRGAN	36
XATMEP	34	ZOKINVY	69
XCOPRI	49	ZOLINZA	55
XELJANZ	32	<i>zolmitriptan</i>	9
XELJANZ XR	31	<i>zolpidem tartrate</i>	19
XEMBIFY	32	<i>zolpidem tartrate er</i>	19
XERMELO	22	ZONISADE	49
XGEVA	16	<i>zonisamide</i>	49
XIFAXAN	23	<i>zovia 1/35</i>	28
XIGDUO XR	67	<i>zovia 1/35e</i>	28
XIIDRA	36	ZTALMY	19
XOFLUZA	61	ZURZUVAE	50
XOLAIR	32	ZYDELIG	58
XOLREMDI	66	ZYKADIA	58
XOSPATA	58	ZYLET	36
XPOVIO	55	ZYPREXA RELPREVV	60
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	55		
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	55		

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

Última actualización: noviembre 2024

Este formulario se actualizó el 11/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-866-334-3141 (TTY: 711); October 1 through March 31 from 7 a.m. – 8 p.m., seven days a week (excluding major holidays); and April 1 through September 30 from 7 a.m. – 8 p.m. Monday through Friday (excluding major holidays); o visite BSWHealthPlan.com/Medicare.

Contrato: H8142



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.

