

2024 Formulario



Baylor Scott & White Health Plan

Formulario 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)

BSW SeniorCare Advantage Rx (HMO-POS)
BSW SeniorCare Advantage (PPO)
Covenant Health Advantage Rx (HMO)

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

Este formulario se actualizó el 04/01/2024. Para obtener información más reciente u otras preguntas, los miembros de BSW SeniorCare Advantage pueden comunicarse con el Servicio de atención al cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-866-334-3141 (TTY: 711); los miembros de Covenant Health Advantage pueden comunicarse con el servicio al cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-833-442-2405 (TTY: 711); del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excluyendo los días feriados principales); y del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excluyendo los días festivos importantes), o visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare).

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

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

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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan actualizada al 05/01/2024. 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 médicamente 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 un 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 recibirá 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 05/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Baylor Scott & White Health Plan, comuníquese con nosotros.

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

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 10. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las cuales se usan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se encuentran en la lista en la categoría “Agentes cardiovasculares.” Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página número 10. 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 76. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el Índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En general, Baylor Scott & White Health Plan solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicionales no fueran tan efectivos en el tratamiento de su condición o le causarían efectos médicos adversos.

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

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

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

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

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

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

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

Para más información

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

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

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

Formulario de Baylor Scott & White Health Plan

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Baylor Scott & White Health Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 76.

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

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

Abreviaturas de columna:

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

Niveles de medicamentos y etapas de pago de medicamentos:

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

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

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

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NURTEC	5	QL(18 EA por 30 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimiasténicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
GUANIDINE HCL	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER	4	PA
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
KYNMOBI	5	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</i>		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	2	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	2	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML	5	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tablet</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	1	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>torse mide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorothiazide tablet</i>	2	
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>captopril tablet</i>	2	
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BAFIERTAM	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
TYSABRI	5	PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes de fibromialgia		
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 30mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>guanfacine er tablet extended release 24 hour 2mg</i>	3	
<i>guanfacine hydrochloride tablet extended release 24 hour 1mg, 3mg, 4mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol gel, patch twice weekly, patch weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>luteru</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DEPO-PROVERA INJECTION 400MG/ML	4	QL(10 ML por 28 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>errin</i>	3	
<i>heather</i>	3	
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	
<i>jolivette</i>	3	
<i>lyleg</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	3	
<i>norlyda</i>	3	
<i>norlyroc</i>	3	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</i>		
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	3	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
THYROLAR-1	4	
THYROLAR-1/2	4	
THYROLAR-1/4	4	
THYROLAR-2	4	
THYROLAR-3	4	
UNITHROID	3	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
LANREOTIDE ACETATE	5	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)</i>		
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
LYSODREN	5	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ADBRY	5	QL(4 ML por 28 días); PA
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
ENJAYMO	5	PA
ILARIS INJECTION 150MG/ML	5	QL(2 ML por 28 días); PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
<i>Agentes para angioedema</i>		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
<i>Inmunoestimulantes</i>		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
INTRON A	5	PA NSO
PEGASYS	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	5	B/D
HIZENTRA	5	PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HYPERHEP B	4	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	4	B/D
PANZYGA	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	5	PA
XEMBIFY	5	PA
<i>Inmunosupresores</i>		
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	4	
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
REMICADE	5	PA
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
YUFLYMA 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	5	QL(3 EA por 28 días); PA
Vacunas		
ABRYSVO	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ACTHIB INJECTION 0	3	
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX	3	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGERIX-B	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	3	B/D
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	3	
IXCHIQ	3	
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	3	
MENACTRA	3	
MENQUADFI	3	
MENVEO	3	
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	3	B/D
PRIORIX	3	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	3	B/D

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide er</i>	3	
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<i>Agentes oftálmicos, otros</i>		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COMBIGAN	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	2	
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA	5	PA
FASENRA PEN	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO	5	PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	5	QL(84 EA por 28 días); PA
<i>Antihipertensivos pulmonares</i>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
<i>Antihistamínicos</i>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
<i>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</i>		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate er</i>	4	
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Estabilizadores de mastocitos</i>		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA NSO
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
IGALMI	4	PA NSO
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
NUTRILIPID	2	B/D
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OXLUMO	5	PA
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak) \$0 Copay
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
VYJUVEK	5	PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	NDS
XTAMPZA ER	3	NDS
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS
<i>lorcet hd</i>	2	NDS
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution, tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	4	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	2	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tinidazole</i>	3	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 7.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcilin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	
<i>meropenem</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml</i>	4	
Quinolonas		
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de aumento de ácido γ-aminobutírico (GABA)		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<i>Agentes para los canales de sodio</i>		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine tablet chewable</i>	2	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide solution</i>	3	
<i>lacosamide tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PEGANONE TABLET 250MG	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine titration</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	2	
<i>maprotiline hcl</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfata</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfata</i>	4	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	5	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
FOTIVDA	5	PA NSO
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco		
DARZALEX FASPRO	5	PA NSO
KANJINTI	5	PA NSO
LOQTORZI	5	PA NSO
RUXIENCE	5	PA NSO
TRAZIMERA	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TABLOID	4	
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
COLUMVI	5	PA NSO
EPKINLY	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
LONSURF	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
NINLARO	5	PA NSO
OGSIVEO	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
ORSERDU	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHESGO	5	PA NSO
RETEVMO	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
SYNRIBO	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TRUSELTIQ	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
<i>Antineoplásicos</i>		
OPDUALAG	5	PA NSO
<i>Complementos del tratamiento</i>		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
<i>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX	5	PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
VOTRIENT	5	PA NSO
WELIREG	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotozoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate, injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	4	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(8 EA por 180 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	
PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	4	
REYATAZ PACKET	5	
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT	5	
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	
SELZENTRY TABLET 75MG	5	
SUNLENCA	5	
TROGARZO	5	
TYBOST	4	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION	5	
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

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

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	1	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
<i>Agentes antiglicémicos</i>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA
ENDARI	5	PA
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
JAVYGTOR	5	PA
KANUMA	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
STRENSIQ	5	PA
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
VIMIZIM	5	PA
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	68
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	68
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	68
ABELCET	57
ABILIFY MAINTENA	64
<i>abiraterone acetate</i>	58
ABRYSVO	36
<i>acamprosate calcium dr</i>	41
<i>acarbose</i>	72
ACCUTANE	21
<i>acebutolol hcl</i>	12
<i>acebutolol hydrochloride</i>	12
<i>acetaminophen/codeine</i>	46
<i>acetazolamide</i>	13
<i>acetazolamide er</i>	38
<i>acetic acid</i>	45
<i>acetic acid 0.25%</i>	25
<i>acitretin</i>	21
ACTHIB	37
ACTIMMUNE	34
<i>acyclovir</i>	23
<i>acyclovir</i>	67
<i>acyclovir sodium</i>	67
ADACEL	37
ADBRY	33
<i>adefovir dipivoxil</i>	68
ADEMPAS	42
ADTHYZA	31
<i>afirmelle</i>	26
AIMOVIG	10
AKEEGA	59
ALA-CORT	22
<i>albendazole</i>	63
<i>albuterol sulfate</i>	43
<i>albuterol sulfate er</i>	43
<i>albuterol sulfate hfa</i>	43
<i>alclometasone dipropionate</i>	22
ALCOHOL PREP PADS	44
ALDURAZYME	74
ALECENSA	60
<i>alendronate sodium</i>	17

Nombre del medicamento	Página
<i>alfuzosin hcl er</i>	25
ALINIA	63
<i>aliskiren</i>	13
<i>allopurinol</i>	16
<i>alosetron hydrochloride</i>	23
ALPHAGAN P	38
<i>alprazolam</i>	47
<i>altavera</i>	26
ALUNBRIG	60
<i>alyacen 1/35</i>	26
<i>alyacen 7/7/7</i>	26
<i>alyq</i>	42
<i>amabelz</i>	26
<i>amantadine hcl</i>	66
<i>ambrisentan</i>	42
<i>amethia</i>	26
<i>amethia lo</i>	26
<i>amethyst</i>	26
<i>amikacin sulfate</i>	48
<i>amiloride hcl</i>	15
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	13
AMINOSYN II	69
AMINOSYN-PF	69
<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
<i>amitriptyline hcl</i>	54
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	54
<i>amlodipine besylate</i>	12
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	13
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	13
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	13
<i>ammonium lactate</i>	22
<i>amnesteem</i>	21
<i>amoxapine</i>	54
<i>amoxicillin</i>	50
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	49
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	49
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	19
<i>amphotericin b</i>	57
<i>amphotericin b liposome</i>	57
<i>ampicillin</i>	50
<i>ampicillin sodium</i>	50
<i>ampicillin/sulbactam</i>	50
<i>ampicillin-sulbactam</i>	50
<i>anagrelide hydrochloride</i>	71

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>anastrozole</i>	60	AUGTYRO	44
ANORO ELLIPTA	41	<i>aurovela 1.5/30</i>	26
<i>aprepitant</i>	56	<i>aurovela 1/20</i>	26
APRETUDE	67	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	27
APTIOM	52	<i>aurovela fe 1/20</i>	27
APTIVUS	65	AUSTEDO	20
AREXVY	37	AUVELITY	54
<i>arformoterol tartrate</i>	43	<i>aviane</i>	27
<i>aripiprazole</i>	64	AVONEX	17
<i>aripiprazole odt</i>	64	AVONEX PEN	17
ARISTADA	64	<i>ayuna</i>	27
ARISTADA INITIO	64	AYVAKIT	60
<i>armodafinil</i>	20	<i>azathioprine</i>	35
ARMOUR THYROID	31	<i>azelaic acid</i>	21
ARNUIITY ELLIPTA	42	<i>azelastine hcl</i>	38
ASCENIV	34	<i>azelastine hcl</i>	42
<i>asenapine maleate sl</i>	64	<i>azelastine hydrochloride</i>	42
<i>ashlyna</i>	26	<i>azithromycin</i>	50
ASMANEX HFA	42	<i>aztreonam</i>	48
ASMANEX TWISTHALER 120	42	<i>azurette</i>	27
METERED DOSES		<i>bacitracin</i>	39
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	43	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	38
DOSES		<i>baclofen</i>	10
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	43	BACTROBAN NASAL	23
DOSES		BAFIERTAM	17
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	43	<i>balsalazide disodium</i>	17
DOSES		BALVERSA	60
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED	43	<i>balziva</i>	27
DOSES		BAQSIMI ONE PACK	73
<i>aspirin/dipyridamole</i>	70	BAQSIMI TWO PACK	73
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	70	BARACLUDGE	68
ASTAGRAF XL	35	<i>bcg vaccine</i>	37
<i>atazanavir</i>	65	BD INSULIN SYRINGE	44
<i>atazanavir sulfate</i>	65	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atenolol</i>	12	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	44
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	13	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atomoxetine</i>	19	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	44
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atorvastatin calcium</i>	15	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	44
<i>atovaquone</i>	63	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	63	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	44
<i>atropine sulfate</i>	38	FINE/29G X 12.7MM	
ATROVENT HFA	43	<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	44
<i>aubra eq</i>	26	<i>6mm</i>	
AUGMENTIN	50	<i>bekyree</i>	27

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BELSOMRA	20	<i>budesonide er</i>	17
<i>benazepril hcl</i>	16	<i>bumetanide</i>	15
<i>benazepril hydrochloride</i>	16	<i>buprenorphine</i>	45
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>buprenorphine hcl</i>	40
BENLYSTA	33	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	40
<i>benznidazole</i>	63	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	40
<i>benztropine mesylate</i>	11	<i>bupropion hcl</i>	54
BESIVANCE	39	<i>bupropion hydrochloride</i>	54
BESREMI	59	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	40
<i>betaine anhydrous</i>	74	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	54
<i>betamethasone dipropionate</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	54
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	22	<i>bupirone hcl</i>	47
<i>betamethasone valerate</i>	22	<i>bupirone hydrochloride</i>	47
BETASERON	18	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
<i>betaxolol hcl</i>	12	BYDUREON BCISE	72
<i>betaxolol hcl</i>	38	BYETTA	72
<i>bethanechol chloride</i>	25	CABENUVA	67
<i>bexarotene</i>	63	<i>cabergoline</i>	32
BEXSERO	37	CABLIVI	70
<i>bicalutamide</i>	58	CABOMETYX	60
BICILLIN L-A	50	<i>calcipotriene</i>	21
BIKTARVY	67	<i>calcitonin-salmon</i>	17
<i>bisoprolol fumarate</i>	12	<i>calcitriol</i>	17
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>calcium acetate</i>	69
BIVIGAM	34	CALQUENCE	60
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	27	<i>camila</i>	30
<i>blisovi fe 1/20</i>	27	<i>camrese</i>	27
BOOSTRIX	37	<i>camrese lo</i>	27
BOSULIF	60	<i>candesartan cilexetil</i>	14
BRAFTOVI	60	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	13
BREO ELLIPTA	41	CAPLYTA	64
BREZTRI AEROSPHERE	43	CAPRELSA	60
<i>briellyn</i>	27	<i>captopril</i>	16
BRILINTA	70	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	13
BRIMONIDINE TARTRATE	38	<i>carbamazepine</i>	52
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	38	<i>carbamazepine er</i>	52
<i>brinzolamide</i>	38	<i>carbidopa</i>	11
BRIVIACT	53	<i>carbidopa/levodopa</i>	11
<i>bromfenac sodium</i>	40	<i>carbidopa/levodopa er</i>	11
<i>bromocriptine mesylate</i>	11	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	11
BRONCHITOL	41	<i>carglumic acid</i>	70
BRUKINSA	60	<i>carteolol hcl</i>	38
<i>budesonide</i>	17	<i>cartia xt</i>	12
<i>budesonide</i>	43	<i>carvedilol</i>	12

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>casposfungin acetate</i>	57	<i>ciprofloxacin</i>	45
CAYSTON	41	<i>ciprofloxacin</i>	51
<i>cefaclor</i>	49	<i>ciprofloxacin hcl</i>	51
<i>cefadroxil</i>	49	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	39
CEFAZOLIN	49	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	51
<i>cefazolin sodium</i>	49	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	51
<i>cefdinir</i>	49	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	45
<i>cefepime</i>	49	<i>cisplatin</i>	58
<i>cefepime hydrochloride</i>	49	<i>citalopram hydrobromide</i>	55
<i>cefixime</i>	49	<i>claravis</i>	21
<i>cefotaxime sodium</i>	49	<i>clarithromycin</i>	50
<i>cefotetan</i>	49	<i>clarithromycin er</i>	50
<i>cefoxitin sodium</i>	49	CLENPIQ	24
<i>cefpodoxime proxetil</i>	49	CLIMARA PRO	27
<i>cefprozil</i>	49	<i>clindacin etz pledgets</i>	48
<i>ceftazidime</i>	49	<i>clindamycin hcl</i>	48
<i>ceftazidime/dextrose</i>	49	<i>clindamycin hydrochloride</i>	48
<i>ceftriaxone sodium</i>	49	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	48
<i>cefuroxime axetil</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	23
<i>cefuroxime sodium</i>	49	<i>clindamycin phosphate</i>	48
<i>celecoxib</i>	46	<i>clobazam</i>	51
<i>cephalexin</i>	49	<i>clobetasol propionate</i>	22
CERDELGA	74	<i>clobetasol propionate e</i>	22
<i>chateal</i>	27	<i>clomipramine hydrochloride</i>	54
<i>chateal eq</i>	27	<i>clonazepam</i>	52
CHEMET	69	<i>clonazepam odt</i>	51
<i>chlorhexidine gluconate</i>	21	<i>clonidine</i>	14
<i>chloroquine phosphate</i>	63	<i>clonidine hydrochloride</i>	14
<i>chlorothiazide</i>	16	<i>clopidogrel</i>	70
<i>chlorpromazine hcl</i>	63	<i>clorazepate dipotassium</i>	47
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	63	<i>clotrimazole</i>	57
<i>chlorthalidone</i>	16	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	21
CHOLBAM	74	CLOVIQUE	69
<i>cholestyramine</i>	15	<i>clozapine</i>	64
<i>cholestyramine light</i>	15	<i>clozapine odt</i>	64
<i>ciclodan</i>	23	COARTEM	63
<i>ciclopirox</i>	23	<i>colchicine</i>	16
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	23	<i>colesevelam hydrochloride</i>	15
<i>ciclopirox olamine</i>	23	<i>colestipol hcl</i>	15
<i>cidofovir</i>	66	<i>colistimethate sodium</i>	48
<i>cilostazol</i>	70	<i>colocort</i>	17
CIMDUO	68	COLUMVI	59
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	17	COMBIGAN	39
CINRYZE	34	COMBIVENT RESPIMAT	41
CIPRO	51	COMETRIQ	60

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COMPLERA	67	DAURISMO	60
<i>compro</i>	56	<i>daysee</i>	27
<i>constulose</i>	24	<i>deblitane</i>	30
COPIKTRA	60	<i>deferasirox</i>	69
CORLANOR	13	DELSTRIGO	67
<i>cortisone acetate</i>	31	<i>delyla</i>	27
COSENTYX	33	<i>demeclocycline hcl</i>	51
COSENTYX SENSOREADY PEN	33	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	51
COSENTYX UNOREADY	33	DENGVAXIA	37
COTELIC	60	DEPO-PROVERA	30
CREON	75	DEPO-SUBQ PROVERA 104	30
<i>cromolyn sodium</i>	38	DESCOVY	68
<i>cromolyn sodium</i>	44	<i>desipramine hydrochloride</i>	54
<i>cromolyn sodium</i>	75	<i>desmopressin acetate</i>	26
<i>cryselle-28</i>	27	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	27
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	44	<i>desonide</i>	22
CUTAQUIG	34	<i>desoximetasone</i>	22
CUVITRU	34	<i>desvenlafaxine er</i>	55
<i>cyclafem 1/35</i>	27	<i>dexamethasone</i>	31
<i>cyclafem 7/7/7</i>	27	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	40
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	74	DEXILANT	25
<i>cyclophosphamide</i>	58	<i>dexlansoprazole</i>	25
<i>cycloserine</i>	56	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	19
<i>cyclosporine</i>	35	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	19
<i>cyclosporine</i>	39	<i>dextrose 5%</i>	70
<i>cyclosporine modified</i>	35	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	70
CYLTEZO	35	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	70
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	35	DIACOMIT	52
CROHNS DISEASE/UC/HS		<i>diazepam</i>	48
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	35	<i>diazepam intensol</i>	48
PSORIASIS		<i>diazepam rectal gel</i>	52
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	42	<i>diazoxide</i>	73
CYSTAGON	75	<i>diclofenac potassium</i>	46
CYSTARAN	39	<i>diclofenac sodium</i>	21
<i>dalfampridine er</i>	18	<i>diclofenac sodium</i>	40
<i>danazol</i>	26	<i>diclofenac sodium</i>	47
<i>dantrolene sodium</i>	10	<i>diclofenac sodium dr</i>	46
<i>dapsone</i>	56	<i>diclofenac sodium er</i>	46
DAPTACEL	37	<i>dicloxacillin sodium</i>	50
<i>daptomycin</i>	48	<i>dicyclomine hcl</i>	25
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	48	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	25
<i>darunavir</i>	65	DIFICID	50
DARZALEX FASPRO	58	<i>diflunisal</i>	47
<i>dasetta 1/35</i>	27	<i>digitek</i>	14
<i>dasetta 7/7/7</i>	27	<i>digox</i>	14

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>digoxin</i>	14	DUPIXENT	33
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	10	<i>dutasteride</i>	25
DILANTIN	52	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	25
<i>diltiazem hcl</i>	12	EASY COMFORT INSULIN	44
<i>diltiazem hcl cd</i>	12	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hcl er</i>	12	<i>ec-naproxen</i>	47
<i>diltiazem hydrochloride</i>	13	<i>econazole nitrate</i>	57
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	12	EDARBI	14
<i>dilt-xr</i>	12	EDARBYCLOR	13
<i>dimethyl fumarate</i>	18	EDURANT	67
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	18	<i>efavirenz</i>	67
<i>diphenhydramine hcl</i>	42	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	42	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	67
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	23	<i>efavirenz</i>	67
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	37	<i>efavirenz</i>	70
<i>disulfiram</i>	41	ELAPRASE	75
<i>divalproex sodium</i>	52	<i>elinest</i>	27
<i>divalproex sodium dr</i>	52	ELIQUIS	71
<i>divalproex sodium er</i>	52	ELIQUIS STARTER PACK	71
<i>dofetilide</i>	14	ELLA	44
<i>dolishale</i>	27	ELMIRON	25
<i>donepezil hcl</i>	10	<i>eluryng</i>	27
<i>donepezil hydrochloride</i>	10	EMCYT	58
DOPTELET	70	EMGALITY	10
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	39	EMPAVELI	33
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	38	EMSAM	54
DOTTI	27	<i>emtricitabine</i>	68
DOVATO	67	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	68
<i>doxazosin mesylate</i>	25	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	68
<i>doxepin hcl</i>	54	EMTRIVA	68
<i>doxepin hydrochloride</i>	54	<i>enalapril maleate</i>	16
<i>doxy 100</i>	51	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>doxycycline</i>	51	ENBREL	35
<i>doxycycline hyclate</i>	21	ENBREL MINI	35
<i>doxycycline hyclate</i>	51	ENBREL SURECLICK	35
<i>doxycycline monohydrate</i>	51	ENDARI	75
<i>d-penamamine</i>	25	<i>endocet</i>	46
DRIZALMA SPRINKLE	55	ENGERIX-B	37
<i>dronabinol</i>	56	<i>enilloring</i>	27
DROXIA	58	ENJAYMO	33
<i>droxidopa</i>	14	<i>enoxaparin sodium</i>	71
DULERA	41	<i>enpresse-28</i>	27
<i>duloxetine hydrochloride</i>	55	<i>entacapone</i>	11
		<i>entecavir</i>	68

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ENTRESTO	13	EXKIVITY	61
<i>enulose</i>	24	<i>ezetimibe</i>	15
ENVARUSUS XR	35	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15
EPIDIOLEX	53	FABRAZYME	75
<i>epinephrine</i>	13	<i>falmina</i>	27
<i>epinephrine</i>	44	<i>famciclovir</i>	67
<i>epitol</i>	52	<i>famotidine</i>	24
EPKINLY	59	FANAPT	64
<i>eplerenone</i>	15	FANAPT TITRATION PACK	64
<i>epoprostenol sodium</i>	42	FARXIGA	72
EPRONTIA	53	FARYDAK	61
<i>ergoloid mesylates</i>	10	FASENRA	41
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	10	FASENRA PEN	41
ERIVEDGE	60	<i>fayosim</i>	27
ERLEADA	58	<i>febuxostat</i>	16
<i>erlotinib hydrochloride</i>	60	<i>felbamate</i>	53
<i>errin</i>	30	<i>felodipine er</i>	12
<i>ertapenem</i>	50	<i>femynor</i>	27
<i>ertapenem sodium</i>	50	<i>fenofibrate</i>	15
<i>ery</i>	23	<i>fenofibrate micronized</i>	15
<i>erythromycin</i>	23	<i>fenofibric acid dr</i>	15
<i>erythromycin</i>	39	<i>fentanyl</i>	45
<i>erythromycin dr</i>	50	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	46
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	51	FETZIMA	55
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	21	FETZIMA TITRATION PACK	55
<i>escitalopram oxalate</i>	55	FINACEA	22
<i>esomeprazole magnesium</i>	25	<i>finasteride</i>	25
<i>estarylla</i>	27	<i>fingolimod hydrochloride</i>	18
<i>estradiol</i>	27	FINTEPLA	53
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	27	FIRMAGON	32
ESTRING	27	FLAREX	40
<i>eszopiclone</i>	20	<i>flecainide acetate</i>	14
<i>ethambutol hydrochloride</i>	56	<i>fluconazole</i>	57
<i>ethosuximide</i>	52	<i>fluconazole in dextrose</i>	57
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	27	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	57
<i>etodolac</i>	47	<i>flucytosine</i>	57
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	27	<i>fludrocortisone acetate</i>	31
<i>etravirine</i>	67	<i>flunisolide</i>	43
EUCRISA	22	<i>fluocinolone acetonide</i>	22
EUTHYROX	31	<i>fluocinolone acetonide body</i>	22
<i>everolimus</i>	35	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	22
<i>everolimus</i>	61	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	22
EVOTAZ	65	<i>fluocinonide</i>	22
EVRYSOI	75	<i>fluorometholone</i>	40
<i>exemestane</i>	60	<i>fluorouracil</i>	21

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	55	<i>generlac</i>	24
<i>fluphenazine decanoate</i>	63	<i>gengraf</i>	35
<i>fluphenazine hcl</i>	63	GENOTROPIN	26
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	63	GENOTROPIN MINIQUICK	26
<i>flurbiprofen</i>	47	<i>gentak</i>	39
<i>flurbiprofen sodium</i>	40	<i>gentamicin sulfate</i>	39
<i>flutamide</i>	58	<i>gentamicin sulfate</i>	48
<i>fluticasone propionate</i>	22	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	48
<i>fluticasone propionate</i>	43	GENVOYA	67
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	41	GILOTRIF	61
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	41	<i>glatiramer acetate</i>	18
<i>fluvastatin</i>	15	GLEOSTINE	58
<i>fluvastatin sodium er</i>	15	<i>glimepiride</i>	72
<i>fluvoxamine maleate</i>	55	<i>glipizide</i>	72
<i>fondaparinux sodium</i>	71	<i>glipizide er</i>	72
<i>formoterol fumarate</i>	44	<i>glipizide xl</i>	72
FORTEO	17	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	72
<i>fosamprenavir calcium</i>	65	GLUCAGEN HYPOKIT	73
<i>fosinopril sodium</i>	16	<i>glucagon emergency kit</i>	73
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	73
FOTIVDA	58	LOW BLOOD SUGAR	
FRAGMIN	71	<i>glyburide</i>	72
FRUZAQLA	61	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	72
<i>furosemide</i>	15	<i>glycopyrrolate</i>	25
FUZEON	66	GLYXAMBI	72
FYAVOLV	27	<i>griseofulvin microsize</i>	57
FYCOMPA	53	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	57
<i>gabapentin</i>	52	<i>guanfacine er</i>	20
<i>galantamine hydrobromide</i>	10	<i>guanfacine hydrochloride</i>	14
<i>galantamine hydrobromide er</i>	10	<i>guanfacine hydrochloride</i>	20
GAMASTAN	34	GUANIDINE HCL	11
GAMMAKED	34	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	73
GAMUNEX-C	34	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	73
<i>ganciclovir</i>	66	GVOKE KIT	73
GARDASIL 9	37	GVOKE PFS	73
<i>gatifloxacin</i>	39	<i>hailey 1.5/30</i>	27
<i>gavilyte-c</i>	24	<i>hailey fe 1.5/30</i>	27
<i>gavilyte-g</i>	24	<i>hailey fe 1/20</i>	28
<i>gavilyte-h</i>	24	<i>halobetasol propionate</i>	22
<i>gavilyte-n/flower pack</i>	24	<i>haloette</i>	28
GAVRETO	59	<i>haloperidol</i>	63
<i>gefitinib</i>	61	<i>haloperidol decanoate</i>	63
GELNIQUE PUMP	25	<i>haloperidol lactate</i>	63
<i>gemfibrozil</i>	15	HAVRIX	37
GEMTESA	25	<i>heather</i>	30

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HEPAGAM B	34	<i>hydroxyzine pamoate</i>	47
<i>heparin sodium</i>	71	HYPERHEP B	35
HEPLISAV-B	37	<i>ibandronate sodium</i>	17
HIBERIX	37	IBRANCE	59
HIZENTRA	34	IBRANCE	61
HUMALOG	73	<i>ibu</i>	47
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	73	<i>ibuprofen</i>	47
HUMALOG KWIKPEN	73	<i>icatibant acetate</i>	34
HUMALOG MIX 50/50	73	<i>iclevia</i>	28
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	73	ICLUSIG	61
HUMALOG MIX 75/25	73	<i>icosapent ethyl</i>	15
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	73	IDHIFA	59
HUMATIN	48	IGALMI	44
HUMIRA	36	ILARIS	33
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	35	ILEVRO	40
HUMIRA PEN	36	<i>imatinib mesylate</i>	61
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	35	IMBRUVICA	61
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	35	<i>imipenem/cilastatin</i>	50
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	35	<i>imipramine hcl</i>	55
HUMULIN 70/30	73	<i>imipramine hydrochloride</i>	55
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	73	<i>imiquimod</i>	21
HUMULIN N	73	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	37
HUMULIN N KWIKPEN	73	IMPAVIDO	48
HUMULIN R	73	INBRIJA	11
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	73	<i>incassia</i>	30
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	73	INCRELEX	26
<i>hydralazine hcl</i>	16	INCRUSE ELLIPTA	43
<i>hydralazine hydrochloride</i>	16	<i>indapamide</i>	16
<i>hydrochlorothiazide</i>	16	<i>indomethacin</i>	47
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	46	<i>indomethacin er</i>	47
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	46	INFANRIX	37
<i>hydrocortisone</i>	17	INFLECTRA	36
<i>hydrocortisone</i>	23	INFLIXIMAB	36
<i>hydrocortisone</i>	31	INGREZZA	20
<i>hydrocortisone valerate</i>	23	INLYTA	61
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	45	INQOVI	61
<i>hydromorphone hcl</i>	46	INREBIC	59
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	46	<i>insulin lispro</i>	73
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	46	INTELENCE	67
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	63	INTRON A	34
<i>hydroxyurea</i>	58	<i>introvale</i>	28
<i>hydroxyzine hcl</i>	42	INVEGA HAFYERA	64
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	42	INVEGA SUSTENNA	64
		INVEGA TRINZA	64
		INVIRASE	65

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
IPOL INACTIVATED IPV	37	KANJINTI	58
<i>ipratropium bromide</i>	43	KANUMA	75
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	41	<i>kariva</i>	28
<i>irbesartan</i>	14	<i>kelnor 1/35</i>	28
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>kelnor 1/50</i>	28
ISENTRESS	67	KEPIVANCE	21
ISENTRESS HD	67	KERENDIA	13
ISONIAZID	56	KESIMPTA	18
<i>isosorbide dinitrate</i>	16	<i>ketoconazole</i>	57
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	13	<i>ketorolac tromethamine</i>	40
<i>hydrochloride</i>		<i>ketorolac tromethamine</i>	47
<i>isosorbide mononitrate</i>	16	<i>kimidess</i>	28
<i>isosorbide mononitrate er</i>	16	KINERET	33
<i>isotretinoin</i>	22	KINRIX	37
<i>isradipine</i>	12	<i>kionex</i>	68
ISTURISA	33	KISQALI	61
<i>itraconazole</i>	57	KISQALI FEMARA 200 DOSE	59
<i>ivermectin</i>	63	KISQALI FEMARA 400 DOSE	59
IWILFIN	59	KISQALI FEMARA 600 DOSE	59
IXCHIQ	37	<i>klayesta</i>	57
IXIARO	37	KLISYRI	21
<i>jaimiess</i>	28	<i>klor-con</i>	70
JAKAFI	61	<i>klor-con 10</i>	70
<i>jantoven</i>	71	<i>klor-con 8</i>	70
JANUMET	72	<i>klor-con m10</i>	70
JANUMET XR	72	<i>klor-con m15</i>	70
JANUVIA	72	<i>klor-con m20</i>	70
JARDIANCE	72	<i>klor-con sprinkle</i>	70
JAVYGTOR	75	<i>klor-con/ef</i>	70
JAYPIRCA	61	KORLYM	31
<i>jencycla</i>	30	KOSELUGO	61
JENTADUETO	72	<i>kourzeq</i>	21
JENTADUETO XR	72	KRAZATI	59
<i>jinteli</i>	28	<i>kurvelo</i>	28
<i>jolessa</i>	28	KYNMOBI	11
<i>jolivette</i>	30	KYNMOBI TITRATION KIT	11
JUBLIA	57	<i>labetalol hydrochloride</i>	12
JULUCA	67	<i>lacosamide</i>	52
<i>junel 1.5/30</i>	28	<i>lactulose</i>	24
<i>junel 1/20</i>	28	LAGEVRIO	44
<i>junel fe 1.5/30</i>	28	<i>lamivudine</i>	68
<i>junel fe 1/20</i>	28	<i>lamivudine</i>	68
JYLAMVO	36	<i>lamivudine/zidovudine</i>	68
JYNNEOS	37	<i>lamotrigine</i>	53
KALYDECO	41	<i>lamotrigine er</i>	53

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lamotrigine odt</i>	53	<i>levonest</i>	28
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	53	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	28
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	53	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	28
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	53	<i>levora 0.15/30-28</i>	28
<i>lamotrigine titration</i>	53	LEVO-T	31
LANREOTIDE ACETATE	32	<i>levothyroxine sodium</i>	31
<i>lansoprazole</i>	25	LEVOXYL	31
LANTUS	73	LEXIVA	65
LANTUS SOLOSTAR	73	<i>lidocaine</i>	47
<i>lapatinib ditosylate</i>	61	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	21
<i>larin 1.5/30</i>	28	<i>lidocaine viscous</i>	21
<i>larin 1/20</i>	28	<i>lidocaine/prilocaine</i>	47
<i>larin fe 1.5/30</i>	28	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	47
<i>larin fe 1/20</i>	28	<i>lillow</i>	28
<i>larissia</i>	28	<i>linezolid</i>	48
<i>latanoprost</i>	40	LINZESS	24
<i>leflunomide</i>	36	<i>liothyronine sodium</i>	31
<i>lenalidomide</i>	58	<i>lisinopril</i>	16
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	61	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	13
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	61	<i>lithium</i>	40
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	61	<i>lithium carbonate</i>	40
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	61	<i>lithium carbonate er</i>	40
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	61	LIVALO	15
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	61	LIVTENCITY	66
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	61	<i>lojaimiess</i>	28
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	61	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	43
<i>lessina</i>	28	LONSURF	59
<i>letrozole</i>	60	<i>loperamide hcl</i>	23
<i>leucovorin calcium</i>	60	<i>lopinavir/ritonavir</i>	65
LEUKERAN	58	<i>lopreeza</i>	28
<i>leuprolide acetate</i>	32	LOQTORZI	58
<i>levalbuterol</i>	44	<i>lorazepam</i>	48
<i>levalbuterol hcl</i>	44	<i>lorazepam intensol</i>	48
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	44	LORBRENA	61
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	44	<i>lorcet</i>	46
LEVEMIR	73	<i>lorcet hd</i>	46
LEVEMIR FLEXPEN	74	<i>lorcet plus</i>	46
LEVEMIR FLEXTOUCH	74	<i>losartan potassium</i>	14
<i>levetiracetam</i>	53	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>levetiracetam er</i>	53	LOTEMAX SM	40
<i>levobunolol hcl</i>	38	<i>lovastatin</i>	15
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	42	<i>low-ogestrel</i>	28
<i>levofloxacin</i>	39	<i>loxapine</i>	63
<i>levofloxacin</i>	51	<i>lubiprostone</i>	24
<i>levofloxacin in d5w</i>	51	LUMAKRAS	59

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LUMIGAN	40	<i>mercaptopurine</i>	58
LUMIZYME	75	<i>meropenem</i>	50
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	32	<i>mesalamine</i>	17
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	32	<i>mesalamine dr</i>	17
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	32	<i>mesalamine er</i>	17
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	32	MESNEX	60
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	32	<i>metformin hydrochloride</i>	72
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	32	<i>metformin hydrochloride er</i>	72
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	26	<i>methadone hcl</i>	45
<i>lurasidone hydrochloride</i>	64	<i>methadone hydrochloride</i>	46
<i>lutra</i>	28	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	46
LYBALVI	64	<i>methazolamide</i>	38
<i>lyleq</i>	30	<i>methenamine hippurate</i>	48
<i>lyllana</i>	28	<i>methimazole</i>	33
LYNPARZA	61	<i>methocarbamol</i>	74
LYSODREN	33	<i>methotrexate</i>	36
LYTGOBI	59	<i>methotrexate sodium</i>	36
LYUMJEV	74	<i>methsuximide</i>	52
LYUMJEV KWIKPEN	74	<i>methyl dopa</i>	14
<i>lyza</i>	30	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	20
<i>magnesium sulfate</i>	70	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	20
<i>malathion</i>	23	<i>methylprednisolone</i>	31
<i>maprotiline hcl</i>	54	<i>methylprednisolone dose pack</i>	31
<i>maraviroc</i>	66	<i>metoclopramide hcl</i>	24
<i>marlissa</i>	28	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	24
MARPLAN	54	<i>metolazone</i>	16
MATULANE	58	<i>metoprolol succinate er</i>	12
<i>matzim la</i>	13	<i>metoprolol tartrate</i>	12
MAVYRET	66	<i>metronidazole</i>	22
MAYZENT	18	<i>metronidazole</i>	48
MAYZENT STARTER PACK	18	<i>metronidazole vaginal</i>	48
<i>meclizine hcl</i>	56	<i>metyrosine</i>	13
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	30	<i>mexiletine hcl</i>	14
<i>mefloquine hcl</i>	63	<i>microgestin 1.5/30</i>	28
<i>megestrol acetate</i>	30	<i>microgestin 1/20</i>	28
MEKINIST	61	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	28
MEKTOVI	61	<i>microgestin fe 1/20</i>	28
<i>meloxicam</i>	47	<i>midodrine hcl</i>	14
<i>memantine hcl titration pak</i>	10	<i>mifepristone</i>	31
<i>memantine hydrochloride</i>	10	<i>miglustat</i>	75
<i>memantine hydrochloride er</i>	10	<i>mili</i>	28
MENACTRA	37	<i>mimvey</i>	29
MENEST	28	<i>mimvey lo</i>	29
MENQUADFI	37	<i>minocycline hcl</i>	51
MENVEO	37	<i>minocycline hydrochloride</i>	51

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>minoxidil</i>	16	<i>nebivolol</i>	12
<i>mirtazapine</i>	54	<i>nebivolol hydrochloride</i>	12
<i>mirtazapine odt</i>	54	<i>necon 0.5/35-28</i>	29
<i>misoprostol</i>	25	<i>necon 7/7/7</i>	29
M-M-R II	37	<i>nefazodone hydrochloride</i>	55
<i>modafinil</i>	20	<i>neomycin sulfate</i>	48
<i>moexipril hcl</i>	16	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	39
<i>molindone hydrochloride</i>	63	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	39
<i>mometasone furoate</i>	23	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	39
<i>mometasone furoate</i>	43	<i>one</i>	
<i>mondoxyne nl</i>	51	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	39
<i>mono-lynyah</i>	29	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	39
<i>mononessa</i>	29	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	45
<i>montelukast sodium</i>	43	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	45
<i>morgidox 1x100mg</i>	51	<i>neo-polycin</i>	39
<i>morgidox 2x100mg</i>	51	<i>neo-polycin hc</i>	39
<i>morphine sulfate</i>	46	NERLYNX	61
<i>morphine sulfate er</i>	46	NEULASTA	71
MOTEGRITY	24	NEULASTA ONPRO KIT	71
MOUNJARO	72	NEUPRO	11
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	51	<i>nevirapine</i>	67
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	39	<i>nevirapine er</i>	67
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	51	NEXLETOL	15
MULTAQ	14	NEXLIZET	15
<i>mupirocin</i>	23	<i>niacin er</i>	15
<i>mycophenolate mofetil</i>	36	NICOTROL NS	40
<i>mycophenolic acid dr</i>	36	<i>nifedipine er</i>	12
<i>myorisan</i>	22	<i>nilutamide</i>	58
MYRBETRIQ	25	<i>nimodipine</i>	12
NABI-HB	35	NINLARO	59
<i>nabumetone</i>	47	<i>nitazoxanide</i>	63
<i>nadolol</i>	12	<i>nitisinone</i>	75
<i>nafcillin sodium</i>	50	NITRO-BID	16
NAGLAZYME	75	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	49
<i>naloxone hcl</i>	40	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	49
<i>naloxone hydrochloride</i>	40	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	49
<i>naltrexone hcl</i>	41	<i>nitroglycerin</i>	16
NAMZARIC	10	<i>nitroglycerin</i>	24
<i>naproxen</i>	47	<i>nitroglycerin transdermal</i>	16
<i>naproxen sodium</i>	47	NIVA THYROID	31
<i>naratriptan hcl</i>	10	<i>nizatidine</i>	24
NATACYN	39	<i>nora-be</i>	30
<i>nateglinide</i>	72	<i>norethindrone</i>	30
NAYZILAM	53	<i>norethindrone acetate</i>	30
		<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	29

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	29	<i>nyamyc</i>	57
<i>estradiol/ferrous fumarate</i>		<i>nylia 1/35</i>	29
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	29	<i>nylia 7/7/7</i>	29
<i>norlyda</i>	30	NYMALIZE	12
<i>norlyroc</i>	30	<i>nymyo</i>	29
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	29	<i>nystatin</i>	57
<i>nortrel 1/35</i>	29	<i>nystatin/triamcinolone</i>	21
<i>nortrel 7/7/7</i>	29	<i>nystop</i>	57
<i>nortriptyline hcl</i>	55	OCREVUS	18
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	55	<i>octreotide acetate</i>	32
NORVIR	65	ODEFSEY	68
NOVOLIN 70/30	74	ODOMZO	61
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	74	OFEV	41
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	74	<i>ofloxacin</i>	39
NOVOLIN 70/30 RELION	74	<i>ofloxacin</i>	45
NOVOLIN N	74	OGSIVEO	59
NOVOLIN N FLEXPEN	74	OJJAARA	62
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	74	<i>olanzapine</i>	65
NOVOLIN N RELION	74	<i>olanzapine odt</i>	64
NOVOLIN R	74	<i>olmesartan medoxomil</i>	14
NOVOLIN R FLEXPEN	74	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	13
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	74	<i>olopatadine hcl</i>	38
NOVOLIN R RELION	74	<i>olopatadine hydrochloride</i>	38
NOVOLOG	74	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	15
NOVOLOG FLEXPEN	74	<i>omeprazole</i>	25
NOVOLOG FLEXPEN RELION	74	<i>omeprazole dr</i>	25
NOVOLOG MIX 70/30	74	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	44
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	74	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	45
FLEXPEN		OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	45
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	74	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	45
FLEXPEN RELION		OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	45
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	74	KIT (GEN 3)	
NOVOLOG PENFILL	74	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	45
NOVOLOG RELION	74	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	45
<i>np thyroid 120</i>	31	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	45
<i>np thyroid 15</i>	31	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	45
<i>np thyroid 30</i>	31	<i>ondansetron hcl</i>	56
<i>np thyroid 60</i>	31	<i>ondansetron hydrochloride</i>	56
<i>np thyroid 90</i>	32	<i>ondansetron odt</i>	56
NUBEQA	58	ONUREG	59
NUCALA	41	OPDUALAG	60
NUEDEXTA	20	OPSUMIT	42
NUPLAZID	64	<i>oralone dental paste</i>	21
NURTEC	11	ORENCIA	33
NUTRILIPID	44	ORENCIA	36

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ORENCIA CLICKJECT	33	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	24
ORENITRAM	42	PEGANONE	53
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	42	PEGASYS	34
1		<i>pegylax</i>	24
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	42	PEMAZYRE	59
2		PENBRAYA	37
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	42	<i>penicillamine</i>	25
3		<i>penicillin g sodium</i>	50
ORGOVYX	32	<i>penicillin v potassium</i>	50
ORKAMBI	41	PENTACEL	37
<i>orphenadrine citrate er</i>	74	<i>pentamidine isethionate</i>	63
ORSERDU	59	<i>pentoxifylline er</i>	13
<i>orsythia</i>	29	<i>perindopril erbumine</i>	16
<i>oseltamivir phosphate</i>	66	<i>permethrin</i>	23
OSMOLEX ER	11	<i>perphenazine</i>	63
OSPHENA	26	PERSERIS	65
OTEZLA	21	<i>phenadoz</i>	56
OTEZLA	34	<i>phenelzine sulfate</i>	54
<i>oxacillin sodium</i>	50	<i>phenobarbital</i>	52
<i>oxaprozin</i>	47	PHENYTEK	53
OXBRYTA	71	<i>phenytoin</i>	53
<i>oxcarbazepine</i>	52	<i>phenytoin infatabs</i>	53
OXLUMO	45	<i>phenytoin sodium extended</i>	53
<i>oxybutynin chloride</i>	25	PHESGO	59
<i>oxybutynin chloride er</i>	25	<i>philith</i>	29
<i>oxycodone hydrochloride</i>	46	PIFELTRO	67
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	46	<i>pilocarpine hcl</i>	38
OZEMPIC	72	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	21
PACERONE	14	<i>pimozide</i>	64
<i>paliperidone er</i>	65	<i>pimtrea</i>	29
PANRETIN	63	<i>pindolol</i>	12
<i>pantoprazole sodium</i>	25	<i>pioglitazone hcl</i>	72
PANZYGA	35	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	72
<i>paricalcitol</i>	17	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	72
<i>paroex</i>	21	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	50
<i>paromomycin sulfate</i>	48	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	62
<i>paroxetine hcl</i>	55	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	62
<i>paroxetine hydrochloride</i>	55	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	62
PASER	57	<i>pirfenidone</i>	41
PAXLOVID	45	<i>pirmella 1/35</i>	29
<i>pazopanib hydrochloride</i>	62	<i>pirmella 7/7/7</i>	29
PEDIARIX	37	<i>piroxicam</i>	47
PEDVAX HIB	37	<i>pitavastatin calcium</i>	15
<i>peg 3350/electrolytes</i>	24	PLENAMINE	70
<i>peg-3350/electrolytes</i>	24	<i>podofilox</i>	21

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>polycin</i>	39	<i>proctosol hc</i>	17
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	39	<i>proctozone-hc</i>	17
POMALYST	58	<i>progesterone</i>	30
<i>portia-28</i>	29	PROGRAF	36
<i>posaconazole</i>	57	PROLASTIN-C	75
<i>posaconazole dr</i>	57	PROLENSA	40
<i>potassium chloride</i>	70	PROLIA	17
<i>potassium chloride er</i>	70	PROMACTA	71
<i>potassium chloride sr</i>	70	<i>promethazine hcl</i>	56
<i>potassium citrate er</i>	70	<i>promethazine hydrochloride</i>	56
PRALUENT	15	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	56
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11	<i>promethegan</i>	56
<i>prasugrel</i>	70	<i>propafenone hcl</i>	14
<i>pravastatin sodium</i>	15	<i>propafenone hydrochloride er</i>	14
<i>praziquantel</i>	63	<i>propranolol hcl</i>	12
<i>prazosin hydrochloride</i>	11	<i>propranolol hcl er</i>	12
<i>prednisolone</i>	31	<i>propranolol hydrochloride</i>	12
<i>prednisolone acetate</i>	40	<i>propranolol hydrochloride er</i>	12
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	31	<i>propylthiouracil</i>	33
<i>prednisone</i>	31	PROQUAD	37
<i>pregabalin</i>	19	<i>protriptyline hcl</i>	55
PREHEVBRIO	37	PULMOZYME	41
PREMARIN	29	PURIXAN	58
<i>premium lidocaine</i>	47	<i>pyrazinamide</i>	57
PREMPHASE	29	<i>pyridostigmine bromide</i>	11
PREMPRO	29	<i>pyrimethamine</i>	63
<i>prenatal</i>	70	PYRUKYND	71
<i>prevalite</i>	15	PYRUKYND TAPER PACK	71
<i>previfem</i>	29	QINLOCK	58
PREVYMIS	66	QUADRACEL	37
PREZCOBIX	66	<i>quetiapine fumarate</i>	65
PREZISTA	66	<i>quetiapine fumarate er</i>	65
PRIFTIN	57	<i>quinapril hydrochloride</i>	16
<i>primaquine phosphate</i>	63	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>primidone</i>	52	<i>quinidine sulfate</i>	14
PRIORIX	37	<i>quinine sulfate</i>	63
PRIVIGEN	35	QULIPTA	11
PROAIR RESPICLICK	44	RABAVERT	37
<i>probenecid</i>	16	<i>rabeprazole sodium</i>	25
<i>probenecid/colchicine</i>	16	<i>raloxifene hydrochloride</i>	26
<i>prochlorperazine</i>	56	<i>ramelteon</i>	20
<i>prochlorperazine edisylate</i>	56	<i>ramipril</i>	16
<i>prochlorperazine maleate</i>	56	<i>ranolazine er</i>	13
PROCRIT	71	<i>rasagiline mesylate</i>	11
<i>procto-med hc</i>	17	RAYALDEE	17

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
REBETOL	66	<i>roflumilast</i>	44
REBIF	18	ROLVEDON	71
REBIF REBIDOSE	18	<i>ropinirole er</i>	11
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	18	<i>ropinirole hcl</i>	11
REBIF TITRATION PACK	18	<i>ropinirole hydrochloride</i>	11
RECOMBIVAX HB	38	<i>rosadan</i>	22
RECTIV	24	<i>rosuvastatin calcium</i>	15
RELENZA DISKHALER	66	ROTARIX	38
RELISTOR	24	ROTATEQ	38
REMICADE	36	<i>roweepra</i>	53
RENFLEXIS	36	<i>roweepra xr</i>	53
<i>repaglinide</i>	72	ROZLYTREK	62
REPATHA	15	RUBRACA	62
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	15	<i>rufinamide</i>	53
REPATHA SURECLICK	15	RUKOBIA	66
RESTASIS	39	RUXIENCE	58
RESTASIS MULTIDOSE	39	RYBELSUS	72
RETACRIT	71	RYDAPT	62
RETEVMO	59	RYTARY	11
RETROVIR IV INFUSION	68	<i>sajazir</i>	34
REVCOVI	75	SANDIMMUNE	36
REVLIMID	58	SANTYL	21
REXULTI	65	SAPHNELO	34
REYATAZ	66	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	75
REZLIDHIA	62	SAVELLA	19
REZUROCK	36	SAVELLA TITRATION PACK	19
RHOPRESSA	38	SCEMBLIX	59
<i>ribavirin</i>	66	<i>scopolamine</i>	56
<i>rifabutin</i>	56	SECUADO	65
<i>rifampin</i>	57	<i>selegiline hcl</i>	11
<i>riluzole</i>	20	<i>selenium sulfide</i>	23
RINVOQ	34	SELZENTRY	66
<i>risedronate sodium</i>	17	SEREVENT DISKUS	44
<i>risedronate sodium dr</i>	17	<i>sertraline hcl</i>	55
RISPERDAL CONSTA	65	<i>sertraline hydrochloride</i>	55
<i>risperidone</i>	65	<i>setlakin</i>	29
<i>risperidone er</i>	65	<i>sevelamer carbonate</i>	69
<i>risperidone odt</i>	65	SFROWASA	17
<i>ritonavir</i>	66	<i>sharobel</i>	30
<i>rivastigmine tartrate</i>	10	SHINGRIX	38
<i>rivastigmine transdermal system</i>	10	SIGNIFOR	32
<i>rivelsa</i>	29	SIGNIFOR LAR	32
<i>rizatriptan benzoate</i>	10	<i>sildenafil citrate</i>	42
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	10	<i>silodosin</i>	25
ROCKLATAN	39	<i>silver sulfadiazine</i>	21

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SIMBRINZA	39	STIVARGA	62
<i>simliya</i>	29	STRENSIQ	75
<i>simpesse</i>	29	<i>streptomycin sulfate</i>	48
<i>simvastatin</i>	15	STRIBILD	67
<i>sirolimus</i>	36	<i>subvenite</i>	53
SIRTURO	57	<i>subvenite starter kit/blue</i>	53
SKYCLARYS	45	<i>subvenite starter kit/green</i>	53
SKYRIZI	34	<i>subvenite starter kit/orange</i>	53
SKYRIZI PEN	34	SUCRAID	75
<i>sodium chloride</i>	70	<i>sucrafate</i>	25
<i>sodium chloride 0.45%</i>	70	<i>sulfacetamide sodium</i>	39
<i>sodium chloride 0.9%</i>	45	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	39
<i>sodium oxybate</i>	20	<i>phosphate</i>	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	75	<i>sulfadiazine</i>	51
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	68	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	51
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	24	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	51
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	67	<i>sulfasalazine</i>	17
<i>solifenacin succinate</i>	25	<i>sulindac</i>	47
SOLQUA 100/33	73	<i>sumatriptan</i>	10
SOLTAMOX	58	<i>sumatriptan succinate</i>	10
SOMATULINE DEPOT	32	<i>sunitinib malate</i>	62
SOMAVERT	32	SUNLENCA	66
<i>sorafenib</i>	62	SUTAB	24
<i>sorafenib tosylate</i>	62	SYMPAZAN	52
<i>sorine</i>	14	SYMTUZA	66
<i>sotalol hcl</i>	14	SYNAGIS	35
<i>sotalol hydrochloride</i>	14	SYNJARDY	73
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14	SYNJARDY XR	73
SPIRIVA HANDIHALER	43	SYNRIBO	59
SPIRIVA RESPIMAT	43	SYNTHROID	32
<i>spironolactone</i>	15	TABLOID	59
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13	TABRECTA	58
SPRAVATO 56MG DOSE	54	<i>tacrolimus</i>	23
SPRAVATO 84MG DOSE	54	<i>tacrolimus</i>	36
<i>sprintec 28</i>	29	<i>tadalafil</i>	25
SPRITAM	53	<i>tadalafil</i>	42
SPRYCEL	62	TAFINLAR	62
<i>sps</i>	68	TAGRISSO	62
<i>sronyx</i>	29	TALZENNA	62
<i>ssd</i>	21	<i>tamoxifen citrate</i>	58
STAMARIL	38	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	25
<i>stavudine</i>	68	<i>tarina fe 1/20</i>	29
STELARA	34	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	29
STIOLTO RESPIMAT	41	TASIGNA	62
		<i>tazarotene</i>	22

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TAZICEF	49	<i>tizanidine hcl</i>	10
<i>taztia xt</i>	13	<i>tizanidine hydrochloride</i>	10
TAZVERIK	59	TOBI PODHALER	41
TDVAX	38	TOBRADEX	39
TEFLARO	49	TOBRADEX ST	39
TEGSEDI	75	<i>tobramycin</i>	39
<i>telmisartan</i>	14	<i>tobramycin</i>	42
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>tobramycin sulfate</i>	48
<i>temazepam</i>	20	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	39
TEMIXYS	68	<i>tolazamide</i>	73
TENIVAC	38	<i>tolterodine tartrate</i>	26
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	68	<i>tolterodine tartrate er</i>	26
TEPMETKO	62	<i>topiramate</i>	53
<i>terazosin hcl</i>	12	<i>toremifene citrate</i>	58
<i>terazosin hydrochloride</i>	12	<i>toremide</i>	16
<i>terbinafine hcl</i>	57	TOUJEO MAX SOLOSTAR	74
<i>terconazole</i>	57	TOUJEO SOLOSTAR	74
<i>teriparatide</i>	17	TRADJENTA	73
<i>testosterone</i>	26	<i>tramadol hydrochloride</i>	46
<i>testosterone cypionate</i>	26	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	46
<i>testosterone enanthate</i>	26	<i>trandolapril</i>	16
<i>testosterone pump</i>	26	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	38	<i>tranexamic acid</i>	70
<i>tetrabenazine</i>	20	<i>tranylcpromine sulfate</i>	54
<i>tetracycline hydrochloride</i>	51	TRAZIMERA	58
THALOMID	58	<i>trazodone hydrochloride</i>	55
<i>theophylline er</i>	44	TRECTOR	57
<i>thioridazine hcl</i>	64	TRELEGY ELLIPTA	41
<i>thiothixene</i>	64	TRELSTAR MIXJECT	32
THYROID	32	TRESIBA	74
THYROLAR-1	32	TRESIBA FLEXTOUCH	74
THYROLAR-1/2	32	<i>tretinoin</i>	22
THYROLAR-1/4	32	<i>tretinoin</i>	63
THYROLAR-2	32	<i>tri femynor</i>	29
THYROLAR-3	32	<i>triamcinolone acetonide</i>	23
<i>tiadylt er</i>	13	<i>triamcinolone acetonide</i>	31
<i>tiagabine hydrochloride</i>	52	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	21
TIBSOVO	62	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	14
TICOVAC	38	<i>triderm</i>	23
<i>timolol maleate</i>	38	<i>trientine hydrochloride</i>	69
<i>tinidazole</i>	49	<i>tri-estarylla</i>	29
<i>tiotropium bromide</i>	43	<i>trifluoperazine hcl</i>	64
TIVICAY	67	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	64
TIVICAY PD	67	<i>trifluridine</i>	39
		<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	11

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TRIJARDY XR	73	<i>valganciclovir</i>	66
TRIKAFTA	42	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	66
<i>tri-linyah</i>	29	<i>valproic acid</i>	40
<i>trilyte</i>	24	<i>valsartan</i>	14
<i>trimethoprim</i>	49	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	14
<i>tri-mili</i>	30	VALTOCO 10 MG DOSE	52
<i>trimipramine maleate</i>	55	VALTOCO 15 MG DOSE	52
<i>trinessa</i>	30	VALTOCO 20 MG DOSE	52
TRINTELLIX	55	VALTOCO 5 MG DOSE	52
<i>tri-nymyo</i>	30	<i>vancomycin hcl</i>	49
<i>tri-previfem</i>	30	<i>vancomycin hydrochloride</i>	49
TRIPTODUR	33	VANFLYTA	62
<i>tri-sprintec</i>	30	VAQTA	38
TRIUMEQ	68	<i>varenicline starting month box</i>	40
TRIUMEQ PD	68	<i>varenicline tartrate</i>	40
<i>trivora-28</i>	30	VARIVAX	38
<i>tri-vylibra</i>	30	VARIZIG	35
TRIZIVIR	68	VAXELIS	38
TROGARZO	66	VELPHORO	69
<i>tropium chloride</i>	26	VELTASSA	69
<i>tropium chloride er</i>	26	VENCLEXTA	62
TRULICITY	73	VENCLEXTA STARTING PACK	62
TRUMENBA	38	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	55
TRUQAP	62	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	55
TRUSELTIQ	59	VENTAVIS	42
TUKYSA	59	VEOPOZ	34
<i>tulana</i>	30	<i>verapamil hcl</i>	13
TURALIO	62	<i>verapamil hcl er</i>	13
<i>turqoz</i>	30	<i>verapamil hcl sr</i>	13
TWINRIX	38	<i>verapamil hydrochloride</i>	13
TYBOST	66	<i>verapamil hydrochloride er</i>	13
TYMLOS	17	VERQUVO	16
TYPHIM VI	38	VERSACLOZ	64
TYRVAYA	45	VERZENIO	62
TYSABRI	18	V-GO 20	45
UBRELVY	11	V-GO 30	45
UDENYCA	71	V-GO 40	45
UDENYCA ONBODY	71	<i>vicodin hp</i>	46
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	45	VIDEX EC	68
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	45	VIDEX PEDIATRIC	68
UNITHROID	32	<i>vienva</i>	30
<i>urea</i>	21	<i>vigabatrin</i>	52
<i>ursodiol</i>	24	<i>vigadrone</i>	52
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	67	<i>vigpoder</i>	52
VALCHLOR	58	VIIBRYD STARTER PACK	56

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>vilazodone hydrochloride</i>	56	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	59
VIMIZIM	75	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	60
<i>viorele</i>	30	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	60
VIRACEPT	66	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	60
VIREAD	68	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	60
VISTOGARD	45	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	60
VITRAKVI	62	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	60
VIVITROL	41	XTAMPZA ER	46
VIZIMPRO	62	XTANDI	58
VOCABRIA	67	<i>yargesa</i>	75
<i>volnea</i>	30	YF-VAX	38
VONJO	59	YUFLYMA 1-PEN KIT	36
<i>voriconazole</i>	57	YUFLYMA 2-PEN KIT	36
VOSEVI	67	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	36
VOTRIENT	62	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	36
VOWST	24	YUPELRI	43
VRAYLAR	65	<i>yuvafem</i>	30
VUMERITY	18	<i>zafirlukast</i>	43
<i>vyfemla</i>	30	<i>zaleplon</i>	21
VYJUVEK	45	ZARXIO	72
<i>vylibra</i>	30	ZEJULA	62
VYNDAMAX	14	ZELBORAF	62
VYVGART HYTRULO	34	<i>zenatane</i>	22
VYZULTA	40	ZENPEP	75
<i>warfarin sodium</i>	71	ZEPOSIA	18
WELIREG	62	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	18
<i>wera</i>	30	ZEPOSIA STARTER KIT	18
<i>wixela inhub</i>	41	<i>zidovudine</i>	68
XALKORI	62	<i>ziprasidone hcl</i>	65
XARELTO	71	<i>ziprasidone mesylate</i>	65
XARELTO STARTER PACK	71	ZIRGAN	39
XATMEP	36	ZOKINVY	75
XCOPRI	53	ZOLINZA	60
XELJANZ	34	<i>zolmitriptan</i>	10
XELJANZ XR	34	<i>zolpidem tartrate</i>	21
XEMBIFY	35	<i>zolpidem tartrate er</i>	21
XERMELO	23	ZONISADE	53
XGEVA	17	<i>zonisamide</i>	53
XIFAXAN	24	<i>zovia 1/35</i>	30
XIGDUO XR	73	<i>zovia 1/35e</i>	30
XIIDRA	39	ZTALMY	20
XOFLUZA	66	ZURZUVAE	54
XOLAIR	34	ZYDELIG	62
XOSPATA	62	ZYKADIA	62
XPOVIO	59	ZYLET	39

ID de formulario: 24077, Versión: 11, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página
ZYPREXA RELPREVV	65

Este formulario se actualizó el 04/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711). Los miembros de Covenant Health Advantage pueden comunicarse con el servicio al cliente de Baylor Scott & White Health Plan, al 1-833-442-2405 (TTY: 711); del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excluyendo los días feriados principales); y del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 7 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excluyendo los días festivos importantes), o visite [BSWHealthPlan.com/Medicare](https://www.BSWHealthPlan.com/Medicare).

Contrato: H2032; H8142, H4943



Multi-Language
Interpreter Services

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 대해 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 Italianovi 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。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.

