

2024 Formulario

Lista de medicamentos cubiertos



Blue MedicareRxSM Enhanced (PDP)

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

N.º de identificación de la lista de medicamentos: 24520 Versión 10

Este formulario fue actualizado el 04/22/2024. Si tiene alguna pregunta o quiere obtener información actualizada, comuníquese con Servicios para los miembros de Blue MedicareRx al **1-844-883-8524** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visite **azblue.com/medicare**.

Nota para los miembros actuales:

Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que usted toma.

En esta lista de medicamentos (formulario), los pronombres “nosotros”, “nos” o “nuestro” refieren a Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ). Las palabras “plan” o “nuestro plan” se refieren a Blue MedicareRx Enhanced.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está en vigencia a partir del 22 de abril de 2024. Para obtener la lista de medicamentos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario aparece en la portada y en la contratapa.

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

INTRODUCCIÓN

¿Qué es el formulario de Blue MedicareRx Enhanced?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos y seleccionados por Blue MedicareRx Enhanced en consulta con un equipo de prestadores de servicios médicos, que representa las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. En general, Blue MedicareRx Enhanced cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario en tanto dichos medicamentos sean necesarios por motivos médicos, se obtengan en una farmacia de la red de Blue MedicareRx Enhanced y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede tener cambios el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se hacen el 1 de enero, pero Blue MedicareRx Enhanced puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a niveles de gasto compartido diferentes o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año:

En los siguientes casos, resultará afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de gastos compartidos, 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 moverlo inmediatamente a un nivel de gasto compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando el medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de implementar el cambio, pero en otro momento le enviaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
 - Si hacemos algún cambio de este tipo, usted o la persona que le receta los medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. El aviso que le presentaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y podrá encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Blue MedicareRx Enhanced?”, que figura más abajo.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, retiraremos el medicamento inmediatamente de nuestro formulario y le enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que estén tomando un medicamento actualmente. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que

esté en el formulario, agregar nuevas restricciones a un medicamento de marca o cambiarlo a otro nivel de gastos compartidos, o bien hacer ambas cosas. También podemos hacer cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, añadimos restricciones de autorización previa, cantidades límites y/o terapias escalonadas para un medicamento, o si cambiamos un medicamento a un nivel mayor de gastos compartidos, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro pida volver a surtir el medicamento, quien recibirá un suministro del fármaco para 30 días.

- Si hacemos algún cambio de este tipo, usted o la persona que le receta los medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. Además, podrá encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Blue MedicareRx Enhanced?”, que figura más abajo.

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestro formulario 2024 y que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto en los casos que se describieron anteriormente. Esto significa que continuará estando disponible al mismo gasto compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que lo tomen por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, dichos cambios le afectarán a partir del 1 de enero del próximo año y es importante consultar la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir del 22 de abril de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Blue MedicareRx Enhanced, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Para ver el formulario más reciente, visite azblue.com/medicare.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de buscar su medicamento dentro del formulario:

Problema médico

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías, según el tipo del problema médico para el que se usan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar un problema médico del corazón están incluidos en la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego, busque su medicamento en esa categoría.

Listado alfabético

Si no tiene claro en cuál categoría buscar, debería buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 59. El Índice presenta una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Se incluyen allí los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que podrá encontrar la información de la cobertura. Vaya a la página que se señale el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Blue MedicareRx Enhanced cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque se considera que tienen el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos incluidos podrían tener más requisitos o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites podrían incluir:

- **Autorización previa:** Blue MedicareRx Enhanced exige que usted o su médico reciban una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir la aprobación de Blue MedicareRx Enhanced antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no recibe la aprobación, Blue MedicareRx Enhanced podría no cubrir el medicamento.
- **Cantidades límite:** Para ciertos medicamentos, Blue MedicareRx Enhanced limita la cantidad de medicamentos que estará cubierta por Blue MedicareRx Enhanced. Por ejemplo, Blue MedicareRx Enhanced proporciona 30 cápsulas por receta médica de *glimepirida*. Esto podría sumarse a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Blue MedicareRx Enhanced exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema médico antes de que cubramos otro medicamento para tal problema médico. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su problema médico, es posible que Blue MedicareRx Enhanced no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces Blue MedicareRx Enhanced cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, consulte el formulario que comienza en la página 1. Además, podrá obtener información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario aparece en la portada y en la contratapa.

Puede pedir que Blue MedicareRx Enhanced haga una excepción a estas restricciones o límites, o bien solicitar una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su problema médico. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección titulada "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Blue MedicareRx Enhanced?" en la página iv.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse primero con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario aparece en la portada y en la contratapa.

Si le informan que Blue MedicareRx Enhanced no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Blue MedicareRx Enhanced. Cuando reciba la lista, llévela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Blue MedicareRx Enhanced.
- Puede solicitar a Blue MedicareRx Enhanced una excepción para que le cubra su medicamento. Consulte la información sobre cómo solicitar una excepción a continuación.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Blue MedicareRx Enhanced?

Puede solicitar a Blue MedicareRx Enhanced una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos:

- Puede pedir que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, el medicamento estará cubierto a un nivel de gasto compartido determinado previamente, y no podrá solicitar que el medicamento se proporcione a un costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de gastos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de medicamentos especiales. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Blue MedicareRx Enhanced limita la cantidad de medicamentos que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite en la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

En general, Blue MedicareRx Enhanced solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o las restricciones adicionales de uso pudieran no ser tan efectivas para tratar su problema médico y/o pudieran producirle efectos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona que le recetó el medicamento que respalde la solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de obtener la declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría perjudicarse gravemente al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si solicitud acelerada es autorizada, debemos comunicarle una decisión a no más de 24 horas de que hayamos recibido una declaración de respaldo de su médico u otra persona que receta medicamentos.

¿Qué hago antes de que pueda hablar con mi médico acerca de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, usted podría estar tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa de nosotros antes de que pueda obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras consulta con su médico para determinar la forma de proceder, podríamos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que le entreguen resurtidos hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento. Después de su primer suministro por 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

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

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta de Blue MedicareRx Enhanced, revise la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Blue MedicareRx Enhanced, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario aparece en la portada y en la contratapa.

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. También puede visitar el sitio medicare.gov.

En la tabla a continuación, se muestra la parte del costo que le corresponde a usted para suministros de 30 y 90 días de farmacias de la red.

	Beneficios	Blue MedicareRx Enhanced (PDP)
	Deducible	\$0
	Cobertura inicial:	Gastos compartidos
Suministro de 30 días de una farmacia de la red	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
	Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$3
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %
	Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 45 %
	Nivel 5: medicamentos especiales	Coseguro del 33 %
Suministro de 90 días de una farmacia de la red o pedido por correo	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
	Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$7.50
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %
	Nivel 4: medicamentos no preferidos	Coseguro del 45 %
	Nivel 5: medicamentos especiales	No disponible

Nivel 1 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos

Este nivel es el nivel más bajo y generalmente incluye medicamentos genéricos de menor costo.

Nivel 2 de gastos compartidos: Medicamentos genéricos

Este nivel incluye medicamentos genéricos.

Nivel 3 de gastos compartidos: Medicamentos de marca preferidos

Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

Nivel 4 de gastos compartidos: Medicamentos no preferidos

Este nivel incluye medicamentos no preferidos.

Nivel 5 de gastos compartidos: Medicamentos especiales

Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos genéricos de costo muy elevado que puedan exigir una administración especial o estrecha vigilancia.

Formulario Blue MedicareRx Enhanced

El formulario que comienza en la siguiente página proporciona información de cobertura sobre los medicamentos que cubre Blue MedicareRx Enhanced. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que empieza en la página 59

En la primera columna de esta tabla, se indica el nombre del medicamento. Están en mayúsculas los medicamentos de marca (p. ej., JANUVIA), y están en minúsculas y cursiva los medicamentos genéricos (p. ej., *glipizida*).

La información que está en la columna Requisitos/Límites le indica si Blue MedicareRx Enhanced tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

La leyenda que figura abajo le puede servir cuando busque información sobre su medicamento.

LEYENDA

- B/D:** Este medicamento con receta tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto en la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que se deba presentar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.
- EA:** Cada uno.
- ED:** Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que usted paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura para casos catastróficos). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
- MO:** Medicamento por correo. Este medicamento con receta está disponible a través de un servicio de pedido por correo.
- NDS:** Suministro de días sin extensión. Este medicamento con receta no está disponible para un suministro de días extendidos.
- PA:** Autorización previa. Blue MedicareRx Enhanced exige que usted o su médico reciban una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir la aprobación de Blue MedicareRx Enhanced antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no recibe la aprobación, Blue MedicareRx Enhanced podría no cubrir el medicamento.
- PA NSO:** Autorización previa solo para nuevos comienzos. Este medicamento con receta requiere autorización previa solo para los miembros que comienzan un tratamiento y no se aplica a aquellos que ya utilizan el medicamento.
- QL:** Cantidad límite. Para ciertos medicamentos, Blue MedicareRx Enhanced limita la cantidad de medicamentos que estará cubierta por Blue MedicareRx Enhanced. Por ejemplo, Blue MedicareRx Enhanced proporciona 30 tabletas por receta médica para Januvia. Esto puede ser adicional al suministro estándar de uno o tres meses.
- ST:** Terapia escalonada. En algunos casos, Blue MedicareRx Enhanced exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema médico antes de que cubramos otro medicamento para tal problema médico. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su problema médico, es posible que Blue MedicareRx Enhanced no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces Blue MedicareRx Enhanced cubrirá el medicamento B.

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>	3	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	2	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide tablet</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide solution</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	4	
<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 antiyaquecosos		
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>	4	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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024
 Última actualización: Abril 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC	5	QL(18 EA por 30 días); PA
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimiasténicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
<i>guanidine hcl</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	3	
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 TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
KYNMOBI FILM 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	QL(150 EA por 30 días); PA
<i>kynmobi film 10mg</i>	5	QL(150 EA por 30 días); PA
NEUPRO	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<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>	3	
<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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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 cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	2	
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>	2	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 75mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	4	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	4	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	4	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	3	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	3	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
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 tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<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>	4	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide</i>	4	
<i>aliskiren</i>	3	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
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>	2	
<i>pentoxifylline er</i>	3	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	4	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>droxidopa</i>	4	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>	2	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tablet</i>	1	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>olmesartan medoxomil tablet</i>	2	
<i>telmisartan</i>	2	
<i>valsartan tablet</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	4	
<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</i>	4	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	4	
<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	
Dislipídemicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate capsule 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	4	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipídemicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
<i>fluvastatin</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	
Dislipídemicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	4	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>icosapent ethyl</i>	4	
<i>niacin er</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
<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>	2	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	2	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection</i>	2	
<i>bumetanide tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>toremide tablet</i>	2	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	2	
<i>metolazone</i>	3	
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>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	2	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	3	
<i>perindopril erbumine</i>	3	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	2	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
NITRO-BID	3	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<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>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	3	
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	4	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	4	
<i>probenecid/colchicine</i>	3	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<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	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	4	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</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		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	2	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	2	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>	4	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
BAFIERTAM	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
TYSABRI	5	PA
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>	4	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>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	4	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>	4	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>	4	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>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 5mg</i>	4	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)
<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 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
NUEDEXTA	4	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, 250mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>lidocaine viscous</i>	2	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	4	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
PICATO	5	
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnesteem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	4	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	4	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	4	
<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>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate cream, lotion, ointment</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, gel, ointment, solution</i>	3	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</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>	3	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	3	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream</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>	3	
<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 external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
ERY	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	4	
<i>erythromycin solution 2%</i>	3	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
Pediculicidas/escabicidas		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alose tron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alose tron 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		
<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)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	2	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<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>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine capsule</i>	4	
<i>nizatidine solution</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	3	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>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	3	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride capsule</i>	3	
<i>finasteride tablet</i>	2	
<i>silodosin</i>	3	
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	3	
<i>d-penamamine</i>	5	
ELMIRON	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	4	
<i>tolterodine tartrate er</i>	4	
<i>trospium chloride</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>desmopressin acetate solution</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	3	
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	4	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
Estrógenos		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	4	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<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	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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>	4	
<i>dotti</i>	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol oral tablet</i>	2	
<i>estradiol gel</i>	4	
<i>estradiol cream, 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	
<i>fyavolv tablet 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tablet 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaiessi</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	3	
<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>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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>	4	
<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>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutra</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</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, 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turgoz</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-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>lyleq</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	4	QL(1 ML por 90 días)

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>megestrol acetate tablet</i>	3	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	4	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>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	
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>dexamethasone tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir, solution</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, tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	3	
<i>liothyronine sodium</i>	3	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>lanreotide acetate</i>	5	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
<i>octreotide acetate</i>	4	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
<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	3	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	3	
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
BENLYSTA	5	PA

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
INTRON A	5	PA NSO
PEGASYS	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
BIVIGAM INJECTION 5GM/50ML	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
HIZENTRA INJECTION 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	3	B/D
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	5	PA
<i>Inmunosupresores</i>		
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	3	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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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 PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
JYLAMVO	4	
<i>leflunomide</i>	3	
<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</i>	3	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	5	QL(3 EA por 28 días); PA
Vacunas		
ABRYSVO	3	
ACTHIB INJECTION 0	3	
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	3	
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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
RABAVERT	3	B/D
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
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>	2	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide er</i>	4	
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>	3	
<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>	3	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	3	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	4	
COMBIGAN	4	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	3	
<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/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	3	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
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>	3	
<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</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	2	
<i>trifluridine</i>	4	
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	3	
FLAREX	4	
<i>fluorometholone</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	3	
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	2	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	4	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
BUPRENORPHINE HYDROCHLORIDE/NALOXONE HYDROCHLORIDE TABLET SUBLINGUAL 2MG; 0.5MG	2	QL(360 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)

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH	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
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 capsule</i>	5	PA
<i>pirfenidone tablet 534mg</i>	5	PA
<i>pirfenidone tablet 267mg, 801mg</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
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>bosentan</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride/fluticasone propionate</i>	4	QL(23 GM 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	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	2	
<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</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	3	
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<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>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
EPINEPHRINE INJECTION 0.15MG/0.15ML	3	
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>epinephrine injection 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to product manufactured by Mylan Specialty L.P. Only
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA NSO
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE/1ML/29G X 12.7MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 6MM	3	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	3	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
IGALMI	4	PA NSO
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
NUTRILIPID	4	B/D
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
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)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
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 Pack) \$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)
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>neomycin/polymyxin/hc</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	4	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release 15mg, 30mg, 60mg</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 200mg</i>	4	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; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 2.5mg</i>	4	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	3	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	3	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>	3	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>morphine sulfate oral solution, tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	4	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 2.5mg</i>	4	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	2	NDS

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>celecoxib capsule 400mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	3	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(1000 GM por 30 días)
<i>ec-naproxen tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	3	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	3	
<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>	3	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>	3	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	4	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	3	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		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
Benzodiazepinas		
<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)

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	3	
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	3	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	3	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	3	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	3	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	4	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindacin-p</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>	4	
<i>daptomycin</i>	4	
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>	4	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	3	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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		
CEFACLOR CAPSULE	3	
<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</i>	3	
<i>cefepime hydrochloride injection 2gm</i>	4	
<i>cefepime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil</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 750mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm</i>	4	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 1GM, 2GM, 6GM	3	
TEFLARO	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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 tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	2	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	4	
<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, 6000000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcillin 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>	3	
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	
<i>meropenem</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet, suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	2	
<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	4	
<i>erythromycin dr</i>	4	
Quinolonas		
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<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	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	2	
<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>	3	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	3	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxylene nl capsule 100mg</i>	3	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	3	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	3	
<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>	3	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	3	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	3	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>	3	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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 tablet</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone packet</i>	5	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
Agentes para los canales de sodio		
APTiom	5	
<i>carbamazepine er</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	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
<i>phenytek</i>	3	
<i>phenytoin sodium extended</i>	3	
<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	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<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 chewable, tablet</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra tablet 500mg</i>	2	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<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>	2	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	3	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>	4	
<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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	4	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>	2	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	4	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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>	4	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
VIIBRYD STARTER PACK	4	QL(60 EA por 365 días)
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<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>	2	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>	3	
<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</i>	4	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	4	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	3	
<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>	3	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	2	
<i>isoniazid syrup</i>	3	
<i>paser</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule, 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>caspofungin acetate</i>	4	
<i>clotrimazole cream</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	4	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	4	
<i>ketoconazole shampoo</i>	2	
<i>ketoconazole tablet</i>	3	
<i>ketoconazole cream</i>	3	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</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin suspension</i>	3	
<i>nystatin tablet</i>	4	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	4	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole suspension reconstituted, tablet</i>	4	
<i>voriconazole injection</i>	4	PA
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	5	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
FOTIVDA	5	PA NSO
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate</i>	4	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	3	
ERLEADA	5	PA NSO
<i>flutamide</i>	4	
<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	4	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
Antimetabolitos		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	4	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
COLUMVI	5	PA NSO
EPKINLY	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
VONJO	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
Antineoplásicos		
OPDUALAG	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	4	
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	2	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
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
OJJAARA	5	PA NSO

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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
TAGRISSE TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSE 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
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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>	4	
<i>benznidazole</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	4	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	3	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>pentamidine isethionate injection</i>	4	
<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 injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate</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>	4	
<i>haloperidol lactate</i>	4	
<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>	3	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet</i>	4	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	3	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>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 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>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	3	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	
Antivirico		
<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	3	
NORVIR SOLUTION	4	
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	
PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	4	
REYATAZ PACKET	5	
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT	5	
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	5	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>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</i>	3	B/D
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml</i>	3	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	4	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl solution</i>	2	
<i>amantadine hcl capsule</i>	3	
<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)
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
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
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)

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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	4	
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 er</i>	4	
<i>nevirapine tablet</i>	2	
<i>nevirapine suspension</i>	3	
PIFELTRO	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	4	
<i>abacavir sulfata</i>	4	
<i>abacavir sulfata/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfata/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)

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
EMTRIVA SOLUTION	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	4	
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	4	
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)
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		
Aglutinantes de potasio		
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
SPS	3	
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>	3	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	4	B/D
<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/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	4	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel</i>	4	
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</i>	4	
<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 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 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
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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>	2	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
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/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	4	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	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	
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	

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
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>orphenadrine citrate er</i>	3	
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
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
KANUMA	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone capsule 20mg</i>	5	
<i>nitisinone capsule 10mg, 2mg, 5mg</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

ID de formulario: 24520, Versión: 10, 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
TEGSEDI	5	PA
VIMIZIM	5	PA
VYNDAQEL	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT	3	
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024
Última 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	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	51	ALPHAGAN P	24
<i>abacavir sulfate</i>	51	<i>alprazolam</i>	32
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	51	<i>altavera</i>	14
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	51	ALUNBRIG	44
ABELCET	41	<i>alyacen 1/35</i>	14
ABILIFY MAINTENA	48	<i>alyacen 7/7/7</i>	14
<i>abiraterone acetate</i>	42	<i>alyq</i>	27
ABRYSVO	23	<i>amantadine hcl</i>	50
<i>acamprosate calcium dr</i>	26	<i>amethia</i>	14
<i>acarbose</i>	54	<i>amethyst</i>	14
<i>acebutolol hcl</i>	3	<i>amiloride hcl</i>	6
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>acetaminophen/codeine</i>	31	AMINOSYN II	53
<i>acetazolamide</i>	4	<i>amiodarone hydrochloride</i>	5
<i>acetazolamide er</i>	24	<i>amitriptyline hcl</i>	39
<i>acetic acid</i>	30	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	39
<i>acetic acid 0.25%</i>	13	<i>amlodipine besylate</i>	3
<i>acitretin</i>	10	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	4
ACTHIB	23	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	4
ACTIMMUNE	21	<i>ammonium lactate</i>	10
<i>acyclovir</i>	11	<i>amnestem</i>	10
<i>acyclovir</i>	50	<i>amoxapine</i>	39
<i>acyclovir sodium</i>	50	<i>amoxicillin</i>	35
ADACEL	23	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	34
<i>adefovir dipivoxil</i>	52	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	34
ADEMPAS	27	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	8
<i>afirmelle</i>	14	<i>amphotericin b</i>	41
AIMOVIG	1	<i>amphotericin b liposome</i>	41
AKEEGA	43	<i>ampicillin</i>	35
ALA-CORT	10	<i>ampicillin sodium</i>	35
<i>albendazole</i>	47	<i>ampicillin/sulbactam</i>	35
<i>albuterol sulfate</i>	29	<i>ampicillin-sulbactam</i>	35
<i>albuterol sulfate hfa</i>	29	<i>anagrelide hydrochloride</i>	54
<i>alclometasone dipropionate</i>	10	<i>anastrozole</i>	44
ALCOHOL PREP PADS	29	ANORO ELLIPTA	26
ALDURAZYME	57	<i>aprepitant</i>	40
ALECENSA	44	APRETUDE	50
<i>alendronate sodium</i>	7	APTIOM	37
<i>alfuzosin hcl er</i>	13	APTIVUS	49
ALINIA	47	AREXVY	23
<i>aliskiren</i>	4	<i>arformoterol tartrate</i>	29
<i>allopurinol</i>	7	<i>aripiprazole</i>	48
<i>alosetron hydrochloride</i>	12	<i>aripiprazole odt</i>	48
		ARISTADA	48
		ARISTADA INITIO	48

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>armodafinil</i>	9	<i>azelastine hydrochloride</i>	28
ARNUITY ELLIPTA	28	<i>azelastine hydrochloride/fluticasone propionate</i>	28
<i>asenapine maleate sl</i>	48	<i>azithromycin</i>	35
<i>ashlyna</i>	14	<i>aztreonam</i>	33
ASMANEX HFA	28	<i>azurette</i>	14
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	28	<i>bacitracin</i>	25
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	28	<i>bacitracin/polymyxin b baclofen</i>	24
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	28	BAFIERTAM	7
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	28	<i>balsalazide disodium</i>	7
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	28	BALVERSA	44
<i>aspirin/dipyridamole</i>	53	<i>balziva</i>	14
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	53	BAQSIMI ONE PACK	55
ASTAGRAF XL	21	BAQSIMI TWO PACK	55
<i>atazanavir</i>	49	BARACLUDGE	52
<i>atazanavir sulfate</i>	49	<i>bcg vaccine</i>	23
<i>atenolol</i>	3	BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	29
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	4	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	29
<i>atomoxetine</i>	9	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	29
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	9	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	29
<i>atorvastatin calcium</i>	5	BD INSULIN SYRINGE/1ML/29G X 12.7MM	29
<i>atovaquone</i>	47	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	29
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	47	BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 6MM	29
<i>atropine sulfate</i>	24	BELSOMRA	9
ATROVENT HFA	28	<i>benazepril hcl</i>	6
<i>aubra</i>	14	<i>benazepril hydrochloride</i>	6
<i>aubra eq</i>	14	<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	4
AUGMENTIN	35	BENLYSTA	19
AUGTYRO	29	<i>benznidazole</i>	47
<i>aurovela 1.5/30</i>	14	<i>benztropine mesylate</i>	2
<i>aurovela 1/20</i>	14	BESIVANCE	25
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	14	BESREMI	43
<i>aurovela fe 1/20</i>	14	<i>betaine anhydrous</i>	57
AUSTEDO	9	<i>betamethasone dipropionate</i>	11
AUVELITY	38	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	10
<i>aviane</i>	14	<i>betamethasone valerate</i>	11
<i>ayuna</i>	14	BETASERON	8
AYVAKIT	44		
<i>azathioprine</i>	21		
<i>azelaic acid</i>	10		
<i>azelastine hcl</i>	24		
<i>azelastine hcl</i>	28		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>betaxolol hcl</i>	3	BYETTA	54
<i>betaxolol hcl</i>	24	CABENUVA	51
<i>bethanechol chloride</i>	13	<i>cabergoline</i>	18
<i>bexarotene</i>	46	CABLIVI	53
BEXSERO	23	CABOMETYX	44
<i>bicalutamide</i>	42	<i>calcipotriene</i>	10
BICILLIN L-A	35	<i>calcitonin-salmon</i>	7
BIKTARVY	50	<i>calcitriol</i>	7
<i>bisoprolol fumarate</i>	3	<i>calcium acetate</i>	52
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	4	CALQUENCE	44
BIVIGAM	21	<i>camila</i>	17
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	14	<i>camrese</i>	14
<i>blisovi fe 1/20</i>	14	<i>camrese lo</i>	14
BOOSTRIX	23	<i>candesartan cilexetil</i>	4
<i>bosentan</i>	27	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	4
BOSULIF	44	CAPLYTA	48
BRAFTOVI	44	CAPRELSA	44
BREO ELLIPTA	27	<i>carbamazepine</i>	37
BREZTRI AEROSPHERE	28	<i>carbamazepine er</i>	37
<i>briellyn</i>	14	<i>carbidopa</i>	2
BRILINTA	53	<i>carbidopa/levodopa</i>	2
BRIMONIDINE TARTRATE	24	<i>carbidopa/levodopa er</i>	2
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	24	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2
<i>brinzolamide</i>	24	<i>carglumic acid</i>	53
BRIVIACT	37	<i>carteolol hcl</i>	24
<i>bromfenac sodium</i>	25	<i>cartia xt</i>	3
<i>bromocriptine mesylate</i>	2	<i>carvedilol</i>	3
BRONCHITOL	27	<i>caspofungin acetate</i>	41
BRUKINSA	44	CAYSTON	27
<i>budesonide</i>	7	CEFACTOR	34
<i>budesonide</i>	28	<i>cefadroxil</i>	34
<i>budesonide er</i>	7	CEFAZOLIN	34
<i>bumetanide</i>	6	<i>cefazolin sodium</i>	34
<i>buprenorphine</i>	31	<i>cefdinir</i>	34
<i>buprenorphine hcl</i>	26	<i>cefepime</i>	34
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	26	<i>cefepime hydrochloride</i>	34
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	26	<i>cefepime/dextrose</i>	34
<i>bupropion hcl</i>	38	<i>cefixime</i>	34
<i>bupropion hydrochloride</i>	38	<i>cefotaxime sodium</i>	34
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	26	<i>cefotetan</i>	34
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	38	<i>cefoxitin sodium</i>	34
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	38	<i>cefpodoxime proxetil</i>	34
<i>bupirone hcl</i>	32	<i>cefprozil</i>	34
<i>bupirone hydrochloride</i>	32	<i>ceftazidime</i>	34
BYDUREON BCISE	54	<i>ceftazidime/dextrose</i>	34
		<i>ceftriaxone sodium</i>	34

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefuroxime axetil</i>	34	<i>clindamycin phosphate</i>	33
<i>cefuroxime sodium</i>	34	<i>clobazam</i>	36
<i>celecoxib</i>	32	<i>clobetasol propionate</i>	11
<i>cephalexin</i>	34	<i>clobetasol propionate e</i>	11
CERDELGA	57	<i>clomipramine hydrochloride</i>	39
<i>chateal</i>	14	<i>clonazepam</i>	36
<i>chateal eq</i>	14	<i>clonazepam odt</i>	36
CHEMET	52	<i>clonidine</i>	4
<i>chlorhexidine gluconate</i>	9	<i>clonidine hydrochloride</i>	4
<i>chloroquine phosphate</i>	47	<i>clopidogrel</i>	54
<i>chlorpromazine hcl</i>	47	<i>clorazepate dipotassium</i>	32
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	47	<i>clotrimazole</i>	41
<i>chlorthalidone</i>	6	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	10
CHOLBAM	57	CLOVIQUE	52
<i>cholestyramine</i>	5	<i>clozapine</i>	48
<i>cholestyramine light</i>	5	<i>clozapine odt</i>	48
<i>ciclodan</i>	11	COARTEM	47
<i>ciclopirox</i>	11	<i>colchicine</i>	7
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	11	<i>colesevelam hydrochloride</i>	5
<i>ciclopirox olamine</i>	11	<i>colestipol hcl</i>	5
<i>cidofovir</i>	50	<i>colistimethate sodium</i>	33
<i>cilostazol</i>	53	COLUMVI	43
CIMDUO	51	COMBIGAN	24
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	7	COMBIVENT RESPIMAT	27
CINRYZE	21	COMETRIQ	44
CIPRO	35	COMPLERA	51
<i>ciprofloxacin</i>	30	<i>compro</i>	40
<i>ciprofloxacin</i>	35	<i>constulose</i>	12
<i>ciprofloxacin hcl</i>	35	COPIKTRA	44
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	25	CORLANOR	4
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	35	COSENTYX	20
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	35	COSENTYX SENSOREADY PEN	20
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	30	COSENTYX UNOREADY	20
<i>cisplatin</i>	42	COTELLIC	44
<i>citalopram hydrobromide</i>	39	CREON	57
<i>claravis</i>	10	<i>cromolyn sodium</i>	24
<i>clarithromycin</i>	35	<i>cromolyn sodium</i>	29
<i>clarithromycin er</i>	35	<i>cromolyn sodium</i>	57
CLENPIQ	12	<i>cryselle-28</i>	14
CLIMARA PRO	14	CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	29
<i>clindacin etz pledgets</i>	33	CUVITRU	21
<i>clindacin-p</i>	33	<i>cyclafem 1/35</i>	14
<i>clindamycin hcl</i>	33	<i>cyclafem 7/7/7</i>	15
<i>clindamycin hydrochloride</i>	33	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	57
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	33	<i>cyclophosphamide</i>	42
<i>clindamycin phosphate</i>	11	<i>cycloserine</i>	41

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cyclosporine</i>	21	<i>diazepam intensol</i>	33
<i>cyclosporine</i>	24	<i>diazepam rectal gel</i>	36
<i>cyclosporine modified</i>	21	<i>diazoxide</i>	55
CYLTEZO	21	<i>diclofenac potassium</i>	32
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	21	<i>diclofenac sodium</i>	10
CROHNS DISEASE/UC/HS		<i>diclofenac sodium</i>	25
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	21	<i>diclofenac sodium</i>	32
PSORIASIS		<i>diclofenac sodium dr</i>	32
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	28	<i>diclofenac sodium er</i>	32
CYSTAGON	57	<i>dicloxacillin sodium</i>	35
CYSTARAN	25	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	13
<i>dalfampridine er</i>	8	DIFICID	35
<i>danazol</i>	14	<i>digitek</i>	5
<i>dantrolene sodium</i>	1	<i>digox</i>	5
<i>dapsone</i>	41	<i>digoxin</i>	5
DAPTACEL	23	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1
<i>daptomycin</i>	33	DILANTIN	37
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	33	<i>diltiazem hcl</i>	3
<i>darunavir</i>	49	<i>diltiazem hcl cd</i>	3
DARZALEX FASPRO	42	<i>diltiazem hcl er</i>	3
<i>dasetta 1/35</i>	15	<i>diltiazem hydrochloride</i>	3
<i>dasetta 7/7/7</i>	15	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	3
DAURISMO	44	<i>dilt-xr</i>	3
<i>daysee</i>	15	<i>dimethyl fumarate</i>	8
<i>deblitane</i>	17	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	8
<i>deferasirox</i>	52	<i>diphenhydramine hcl</i>	28
DELSTRIGO	51	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	28
<i>delyla</i>	15	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	12
<i>demeclocycline hcl</i>	36	<i>sulfate</i>	
<i>demeclocycline hydrochloride</i>	36	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	23
DENGVAXIA	23	<i>pediatric</i>	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	17	<i>disulfiram</i>	26
DESCOVY	51	<i>divalproex sodium</i>	36
<i>desipramine hydrochloride</i>	39	<i>divalproex sodium dr</i>	36
<i>desmopressin acetate</i>	13	<i>divalproex sodium er</i>	36
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	15	<i>dofetilide</i>	5
<i>desonide</i>	11	<i>dolishale</i>	15
<i>desvenlafaxine er</i>	39	<i>donepezil hcl</i>	1
<i>dexamethasone</i>	18	<i>donepezil hydrochloride</i>	1
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	25	DOPTELET	54
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	9	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	25
<i>dextrose 5%</i>	53	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	24
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	53	<i>dotti</i>	15
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	53	DOVATO	51
DIACOMIT	36	<i>doxazosin mesylate</i>	13
<i>diazepam</i>	33	<i>doxepin hcl</i>	39

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>doxepin hydrochloride</i>	39	ENDARI	57
<i>doxy 100</i>	36	<i>endocet</i>	31
<i>doxycycline</i>	36	ENGERIX-B	23
<i>doxycycline hyclate</i>	9	<i>enilloring</i>	15
<i>doxycycline hyclate</i>	36	ENJAYMO	20
<i>doxycycline monohydrate</i>	36	<i>enoxaparin sodium</i>	54
<i>d-penaminate</i>	13	<i>enpresse-28</i>	15
DRIZALMA SPRINKLE	39	<i>entacapone</i>	2
<i>dronabinol</i>	40	<i>entecavir</i>	52
DROXIA	43	ENTRESTO	4
<i>droxidopa</i>	4	<i>enulose</i>	12
DULERA	27	ENVARBUS XR	21
<i>duloxetine hydrochloride</i>	39	EPIDIOLEX	37
DUPIXENT	20	EPINEPHRINE	29
<i>dutasteride</i>	13	<i>epitol</i>	37
EASY COMFORT INSULIN	30	EPKINLY	43
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>eplerenone</i>	6
<i>ec-naproxen</i>	32	<i>epoprostenol sodium</i>	27
<i>econazole nitrate</i>	41	EPRONTIA	37
EDURANT	51	<i>ergoloid mesylates</i>	1
<i>efavirenz</i>	51	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	51	ERIVEDGE	44
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	51	ERLEADA	42
<i>effe-r-k</i>	53	<i>erlotinib hydrochloride</i>	44
ELAPRASE	57	<i>errin</i>	17
<i>elinest</i>	15	<i>ertapenem</i>	35
ELIQUIS	54	<i>ertapenem sodium</i>	35
ELIQUIS STARTER PACK	54	ERY	11
ELLA	30	<i>erythromycin</i>	11
ELMIRON	13	<i>erythromycin</i>	25
<i>eluryng</i>	15	<i>erythromycin dr</i>	35
EMCYT	42	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	10
EMGALITY	2	<i>escitalopram oxalate</i>	39
EMPAVELI	20	<i>esomeprazole magnesium</i>	13
EMSAM	39	<i>estarylla</i>	15
<i>emtricitabine</i>	51	<i>estradiol</i>	15
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	51	ESTRING	15
EMTRIVA	52	<i>eszopiclone</i>	9
<i>enalapril maleate</i>	6	<i>ethambutol hydrochloride</i>	41
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>ethosuximide</i>	37
ENBREL	21	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	15
ENBREL MINI	21	<i>etodolac</i>	32
ENBREL SURECLICK	21	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	15
		<i>etravirine</i>	51
		EUCRISA	11
		<i>euthyrox</i>	18

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>everolimus</i>	21	<i>fluphenazine decanoate</i>	47
<i>everolimus</i>	45	<i>fluphenazine hcl</i>	47
EVOTAZ	49	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	47
EVRYSIDI	57	<i>flurbiprofen</i>	32
<i>exemestane</i>	44	<i>flurbiprofen sodium</i>	25
EXKIVITY	45	<i>flutamide</i>	42
<i>ezetimibe</i>	5	<i>fluticasone propionate</i>	11
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	5	<i>fluticasone propionate</i>	28
FABRAZYME	57	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	27
<i>falmina</i>	15	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	27
<i>famciclovir</i>	50	<i>fluvastatin</i>	5
<i>famotidine</i>	13	<i>fluvoxamine maleate</i>	40
FANAPT	48	<i>fondaparinux sodium</i>	54
FANAPT TITRATION PACK	48	FORTEO	7
FARXIGA	55	<i>fosamprenavir calcium</i>	49
FARYDAK	45	<i>fosinopril sodium</i>	6
FASENRA	27	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	4
FASENRA PEN	27	FOTIVDA	42
<i>fayosim</i>	15	FRUZAQLA	45
<i>febuxostat</i>	7	<i>furosemide</i>	6
<i>felbamate</i>	37	FUZEON	49
<i>felodipine er</i>	3	<i>fyavolv</i>	15
<i>femynor</i>	15	FYCOMPA	37
<i>fenofibrate</i>	5	<i>gabapentin</i>	36
<i>fenofibrate micronized</i>	5	<i>galantamine hydrobromide</i>	1
<i>fenofibric acid dr</i>	5	<i>galantamine hydrobromide er</i>	1
<i>fentanyl</i>	31	GAMASTAN	21
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	31	<i>ganciclovir</i>	50
FETZIMA	39	GARDASIL 9	23
FETZIMA TITRATION PACK	40	<i>gatifloxacin</i>	25
FINACEA	10	<i>gavilyte-c</i>	12
<i>finasteride</i>	13	<i>gavilyte-g</i>	12
<i>fingolimod hydrochloride</i>	8	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	12
FINTEPLA	37	GAVRETO	43
FIRMAGON	19	<i>gefitinib</i>	45
FLAREX	25	<i>gemfibrozil</i>	5
<i>flecainide acetate</i>	5	GEMTESA	13
<i>fluconazole</i>	41	<i>generlac</i>	12
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	41	<i>gengraf</i>	21
<i>flucytosine</i>	41	GENOTROPIN	14
<i>fludrocortisone acetate</i>	18	GENOTROPIN MINIQUICK	14
<i>fluocinolone acetonide</i>	11	<i>gentak</i>	25
<i>fluocinonide</i>	11	<i>gentamicin sulfate</i>	25
<i>fluorometholone</i>	25	<i>gentamicin sulfate</i>	33
<i>fluorouracil</i>	10	GENVOYA	51
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	40	GILOTRIF	45

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>glatiramer acetate</i>	8	HUMATIN	33
GLEOSTINE	42	HUMIRA	22
<i>glimepiride</i>	55	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	21
<i>glipizide</i>	55	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide er</i>	55	HUMIRA PEN	22
<i>glipizide xl</i>	55	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	22
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	55	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	22
GLUCAGEN HYPOKIT	56	STARTER PACK	
<i>glucagon emergency kit</i>	56	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	22
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	56	HUMULIN 70/30	56
LOW BLOOD SUGAR		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	56
<i>glyburide</i>	55	HUMULIN N	56
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	55	HUMULIN N KWIKPEN	56
<i>glycopyrrolate</i>	13	HUMULIN R	56
GLYXAMBI	55	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	56
<i>griseofulvin microsize</i>	41	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	56
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	41	<i>hydralazine hcl</i>	6
<i>guanfacine er</i>	9	<i>hydralazine hydrochloride</i>	7
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	<i>hydrochlorothiazide</i>	6
<i>guanfacine hydrochloride</i>	9	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	31
<i>guanidine hcl</i>	2	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	31
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	56	<i>hydrocortisone</i>	7
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	56	<i>hydrocortisone</i>	11
GVOKE KIT	56	<i>hydrocortisone</i>	18
GVOKE PFS	56	<i>hydrocortisone valerate</i>	11
<i>hailey 1.5/30</i>	15	<i>hydromorphone hcl</i>	31
<i>hailey fe 1.5/30</i>	15	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	31
<i>hailey fe 1/20</i>	15	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	31
<i>halobetasol propionate</i>	11	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	47
<i>haloette</i>	15	<i>hydroxyurea</i>	43
<i>haloperidol</i>	47	<i>hydroxyzine hcl</i>	28
<i>haloperidol decanoate</i>	47	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	28
<i>haloperidol lactate</i>	47	<i>hydroxyzine pamoate</i>	32
HAVRIX	23	HYPERHEP B	21
<i>heather</i>	17	<i>ibandronate sodium</i>	7
<i>heparin sodium</i>	54	IBRANCE	43
HEPLISAV-B	23	IBRANCE	45
HIBERIX	23	<i>ibu</i>	32
HIZENTRA	21	<i>ibuprofen</i>	32
HUMALOG	56	<i>icatibant acetate</i>	21
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	56	<i>iclevia</i>	15
HUMALOG KWIKPEN	56	ICLUSIG	45
HUMALOG MIX 50/50	56	<i>icosapent ethyl</i>	6
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	56	IDHIFA	43
HUMALOG MIX 75/25	56	IGALMI	30
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	56	<i>imatinib mesylate</i>	45

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
IMBRUVICA	45	JANUMET	55
<i>imipenem/cilastatin</i>	35	JANUMET XR	55
<i>imipramine hcl</i>	39	JANUVIA	55
<i>imipramine hydrochloride</i>	39	JARDIANCE	55
<i>imiquimod</i>	10	JAYPIRCA	45
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	23	<i>jencycla</i>	17
IMPAVIDO	33	JENTADUETO	55
INBRIJA	2	JENTADUETO XR	55
<i>incassia</i>	17	<i>jinteli</i>	15
INCRELEX	14	<i>jolessa</i>	15
<i>indapamide</i>	6	JUBLIA	41
<i>indomethacin</i>	32	JULUCA	51
<i>indomethacin er</i>	32	<i>junel 1.5/30</i>	15
INFANRIX	23	<i>junel 1/20</i>	15
INLYTA	45	<i>junel fe 1.5/30</i>	15
INQOVI	45	<i>junel fe 1/20</i>	15
INREBIC	43	JYLAMVO	22
<i>insulin lispro</i>	56	JYNNEOS	23
INTELENCE	51	KALYDECO	27
INTRON A	21	KANJINTI	42
<i>introvale</i>	15	KANUMA	57
INVEGA HAFYERA	48	<i>kariva</i>	15
INVEGA SUSTENNA	48	<i>kelnor 1/35</i>	15
INVEGA TRINZA	48	<i>kelnor 1/50</i>	15
INVIRASE	49	KERENDIA	4
IPOL INACTIVATED IPV	23	KESIMPTA	8
<i>ipratropium bromide</i>	28	<i>ketoconazole</i>	41
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	27	<i>ketorolac tromethamine</i>	25
<i>irbesartan</i>	4	<i>ketorolac tromethamine</i>	32
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	4	KINERET	20
ISENTRESS	51	KINRIX	23
ISENTRESS HD	51	KISQALI	45
ISONIAZID	41	KISQALI FEMARA 200 DOSE	43
<i>isosorbide dinitrate</i>	6	KISQALI FEMARA 400 DOSE	43
<i>isosorbide mononitrate</i>	6	KISQALI FEMARA 600 DOSE	43
<i>isosorbide mononitrate er</i>	6	<i>klayesta</i>	41
<i>isotretinoin</i>	10	KLISYRI	10
ISTURISA	19	<i>klor-con</i>	53
<i>itraconazole</i>	41	<i>klor-con 10</i>	53
<i>ivermectin</i>	47	<i>klor-con 8</i>	53
IWILFIN	43	<i>klor-con m10</i>	53
IXCHIQ	23	<i>klor-con m15</i>	53
IXIARO	23	<i>klor-con m20</i>	53
<i>jaimiess</i>	15	<i>klor-con/ef</i>	53
JAKAFI	45	KORLYM	18
<i>jantoven</i>	54	KOSELUGO	45

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>kourzeq</i>	9	LEVEMIR FLEXTOUCH	56
KRAZATI	43	<i>levetiracetam</i>	38
<i>kurvelo</i>	15	<i>levetiracetam er</i>	38
KYNMOBI	2	<i>levobunolol hcl</i>	24
KYNMOBI TITRATION KIT	2	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	28
<i>labetalol hydrochloride</i>	3	<i>levofloxacin</i>	25
<i>lacosamide</i>	37	<i>levofloxacin</i>	35
<i>lactulose</i>	12	<i>levofloxacin in d5w</i>	35
LAGEVRIO	30	<i>levonest</i>	16
<i>lamivudine</i>	52	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	16
<i>lamivudine</i>	52	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	16
<i>lamivudine/zidovudine</i>	52	<i>levora 0.15/30-28</i>	16
<i>lamotrigine</i>	38	<i>levothyroxine sodium</i>	18
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	38	LEVOXYL	18
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	38	LEXIVA	49
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	38	<i>lidocaine</i>	32
<i>lamotrigine titration</i>	38	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	9
<i>lanreotide acetate</i>	19	<i>lidocaine viscous</i>	10
<i>lansoprazole</i>	13	<i>lidocaine/prilocaine</i>	32
LANTUS	56	<i>lillow</i>	16
LANTUS SOLOSTAR	56	<i>linezolid</i>	33
<i>lapatinib ditosylate</i>	45	LINZESS	12
<i>larin 1.5/30</i>	15	<i>liothyronine sodium</i>	18
<i>larin 1/20</i>	15	<i>lisinopril</i>	6
<i>larin fe 1.5/30</i>	16	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>larin fe 1/20</i>	16	<i>lithium</i>	26
<i>larissia</i>	16	<i>lithium carbonate</i>	26
<i>latanoprost</i>	26	<i>lithium carbonate er</i>	26
<i>leflunomide</i>	22	LIVALO	5
<i>lenalidomide</i>	42	LIVTENCITY	50
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	45	<i>lojaimiess</i>	16
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	45	LONSURF	43
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	45	<i>loperamide hcl</i>	12
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	45	<i>lopinavir/ritonavir</i>	49
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	45	LOQTORZI	42
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	45	<i>lorazepam</i>	33
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	45	<i>lorazepam intensol</i>	33
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	45	LORBRENA	45
<i>lessina</i>	16	<i>losartan potassium</i>	4
<i>letrozole</i>	44	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>leucovorin calcium</i>	44	LOTEMAX SM	26
LEUKERAN	42	<i>lovastatin</i>	5
<i>leuprolide acetate</i>	19	<i>low-ogestrel</i>	16
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	29	<i>loxapine</i>	47
LEVEMIR	56	<i>lubiprostone</i>	12
LEVEMIR FLEXPEN	56	LUMAKRAS	43

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LUMIGAN	26	<i>metformin hydrochloride er</i>	55
LUMIZYME	57	<i>methadone hcl</i>	31
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	19	<i>methadone hydrochloride</i>	31
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	19	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	31
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	19	<i>methenamine hippurate</i>	33
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	19	<i>methimazole</i>	19
<i>lurasidone hydrochloride</i>	48	<i>methotrexate</i>	22
<i>lutra</i>	16	<i>methotrexate sodium</i>	22
LYBALVI	48	<i>methsuximide</i>	37
<i>lyleq</i>	17	<i>methyl dopa</i>	4
<i>lyllana</i>	16	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	9
LYNPARZA	45	<i>methylprednisolone</i>	18
LYSODREN	19	<i>methylprednisolone dose pack</i>	18
LYTGOBI	43	<i>metoclopramide hcl</i>	12
LYUMJEV	56	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	12
LYUMJEV KWIKPEN	56	<i>metolazone</i>	6
<i>lyza</i>	17	<i>metoprolol succinate er</i>	3
<i>magnesium sulfate</i>	53	<i>metoprolol tartrate</i>	3
<i>malathion</i>	12	<i>metronidazole</i>	10
<i>maprotiline hcl</i>	38	<i>metronidazole</i>	33
<i>maraviroc</i>	50	<i>metronidazole vaginal</i>	33
<i>marlissa</i>	16	<i>metyrosine</i>	4
MARPLAN	39	<i>mexiletine hcl</i>	5
MATULANE	42	<i>microgestin 1.5/30</i>	16
MAVYRET	50	<i>microgestin 1/20</i>	16
<i>meclizine hcl</i>	40	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	16
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	17	<i>microgestin fe 1/20</i>	16
<i>mefloquine hcl</i>	47	<i>midodrine hcl</i>	4
<i>megestrol acetate</i>	18	<i>mifepristone</i>	18
MEKINIST	45	<i>miglustat</i>	57
MEKTOVI	45	<i>mili</i>	16
<i>meloxicam</i>	32	<i>minocycline hcl</i>	36
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	<i>minocycline hydrochloride</i>	36
<i>memantine hydrochloride</i>	1	<i>minoxidil</i>	7
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	<i>mirtazapine</i>	38
MENACTRA	23	<i>mirtazapine odt</i>	38
MENEST	16	<i>misoprostol</i>	13
MENQUADFI	23	M-M-R II	23
MENVEO	23	<i>modafinil</i>	9
<i>mercaptopurine</i>	43	<i>moexipril hcl</i>	6
<i>meropenem</i>	35	<i>molindone hydrochloride</i>	47
<i>mesalamine</i>	7	<i>mometasone furoate</i>	11
<i>mesalamine dr</i>	7	<i>mometasone furoate</i>	28
<i>mesalamine er</i>	7	<i>mondoxyne nl</i>	36
MESNEX	44	<i>mono-linyah</i>	16
<i>metformin hydrochloride</i>	55	<i>montelukast sodium</i>	28

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>morgidox 1x100mg</i>	36	NEULASTA ONPRO KIT	54
<i>morgidox 2x100mg</i>	36	NEUPRO	2
<i>morphine sulfate</i>	31	<i>nevirapine</i>	51
<i>morphine sulfate er</i>	31	<i>nevirapine er</i>	51
MOTEGRITY	12	<i>niacin er</i>	6
MOUNJARO	55	NICOTROL NS	26
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	36	<i>nifedipine er</i>	3
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	25	<i>nilutamide</i>	42
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	36	<i>nimodipine</i>	3
<i>mupirocin</i>	11	NINLARO	43
<i>mycophenolate mofetil</i>	22	<i>nitazoxanide</i>	47
<i>mycophenolic acid dr</i>	22	<i>nitisinone</i>	57
<i>myorisan</i>	10	NITRO-BID	6
MYRBETRIQ	13	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	33
NABI-HB	21	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	34
<i>nabumetone</i>	32	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	34
<i>nadolol</i>	3	<i>nitroglycerin</i>	6
<i>nafcillin sodium</i>	35	<i>nitroglycerin</i>	12
NAGLAZYME	57	<i>nitroglycerin transdermal</i>	6
<i>naloxone hcl</i>	26	<i>nizatidine</i>	13
<i>naloxone hydrochloride</i>	26	<i>nora-be</i>	18
<i>naltrexone hcl</i>	26	<i>norethindrone</i>	18
NAMZARIC	1	<i>norethindrone acetate</i>	18
<i>naproxen</i>	32	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	16
<i>naproxen sodium</i>	32	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	16
<i>naratriptan hcl</i>	1	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	16
NATACYN	25	<i>norlyda</i>	18
<i>nateglinide</i>	55	<i>norlyroc</i>	18
NAYZILAM	38	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	16
<i>nebivolol</i>	3	<i>nortrel 1/35</i>	16
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	<i>nortrel 7/7/7</i>	16
<i>necon 0.5/35-28</i>	16	<i>nortriptyline hcl</i>	39
<i>nefazodone hydrochloride</i>	40	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	39
<i>neomycin sulfate</i>	33	NORVIR	49
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	25	NOVOLIN 70/30	56
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	25	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	56
<i>one</i>		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	56
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	25	NOVOLIN 70/30 RELION	56
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	25	NOVOLIN N	56
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	30	NOVOLIN N FLEXPEN	56
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	30	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	56
<i>neo-polycin</i>	25	NOVOLIN N RELION	56
<i>neo-polycin hc</i>	25	NOVOLIN R	56
NERLYNX	45	NOVOLIN R FLEXPEN	56
NEULASTA	54	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	56

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLIN R RELION	56	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	30
NOVOLOG	56	KIT (GEN 3)	
NOVOLOG FLEXPEN	57	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	30
NOVOLOG FLEXPEN RELION	57	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	30
NOVOLOG MIX 70/30	57	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	30
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	57	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	30
FLEXPEN		OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	30
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	57	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	30
FLEXPEN RELION		OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	30
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	57	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	30
NOVOLOG PENFILL	57	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	30
NOVOLOG RELION	57	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	30
NUBEQA	42	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	30
NUEDEXTA	9	<i>ondansetron hcl</i>	40
NUPLAZID	48	<i>ondansetron hydrochloride</i>	40
NURTEC	2	<i>ondansetron odt</i>	40
NUTRILIPID	30	ONUREG	43
<i>nyamyc</i>	41	OPDUALAG	44
<i>nylia 1/35</i>	16	OPSUMIT	28
<i>nylia 7/7/7</i>	16	ORENCIA	20
<i>nymyo</i>	16	ORENCIA	22
<i>nystatin</i>	41	ORENCIA CLICKJECT	20
<i>nystatin/triamcinolone</i>	10	ORGOVYX	19
<i>nystop</i>	42	ORKAMBI	27
<i>octreotide acetate</i>	19	<i>orphenadrine citrate er</i>	57
ODEFSEY	52	ORSERDU	43
ODOMZO	45	<i>orsythia</i>	16
OFEV	27	<i>oseltamivir phosphate</i>	50
<i>ofloxacin</i>	25	OSMOLEX ER	2
<i>ofloxacin</i>	30	OSPHENA	14
OGSIVEO	43	OTEZLA	10
OJJAARA	45	OTEZLA	20
<i>olanzapine</i>	48	<i>oxaprozin</i>	32
<i>olanzapine odt</i>	48	OXBRYTA	54
<i>olmesartan medoxomil</i>	5	<i>oxcarbazepine</i>	37
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>oxybutynin chloride</i>	13
<i>olopatadine hcl</i>	24	<i>oxybutynin chloride er</i>	13
<i>olopatadine hydrochloride</i>	24	<i>oxycodone hydrochloride</i>	31
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	6	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	31
<i>omeprazole</i>	13	OZEMPIC	55
<i>omeprazole dr</i>	13	PACERONE	5
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	30	<i>paliperidone er</i>	48
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	30	PANRETIN	46
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	30	<i>pantoprazole sodium</i>	13
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	30	<i>paricalcitol</i>	7
		<i>paromomycin sulfate</i>	33

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>paroxetine hcl</i>	40	PLENAMINE	53
<i>paroxetine hydrochloride</i>	40	<i>podofilox</i>	10
<i>paser</i>	41	<i>polycin</i>	25
PAXLOVID	30	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	25
<i>pazopanib hydrochloride</i>	46	POMALYST	42
PEDIARIX	23	<i>portia-28</i>	16
PEDVAX HIB	23	<i>posaconazole</i>	42
<i>peg-3350/electrolytes</i>	12	<i>posaconazole dr</i>	42
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	12	<i>potassium chloride</i>	53
PEGASYS	21	<i>potassium chloride er</i>	53
PEMAZYRE	43	<i>potassium chloride sr</i>	53
PENBRAYA	23	<i>potassium citrate er</i>	53
<i>penicillamine</i>	13	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2
<i>penicillin g sodium</i>	35	<i>prasugrel</i>	54
<i>penicillin v potassium</i>	35	<i>pravastatin sodium</i>	5
PENTACEL	23	<i>praziquantel</i>	47
<i>pentamidine isethionate</i>	47	<i>prazosin hydrochloride</i>	3
<i>pentoxifylline er</i>	4	<i>prednisolone</i>	18
<i>perindopril erbumine</i>	6	<i>prednisolone acetate</i>	26
<i>permethrin</i>	12	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	18
<i>perphenazine</i>	47	<i>prednisone</i>	18
PERSERIS	48	<i>pregabalin</i>	8
<i>phenelzine sulfate</i>	39	PREHEVBRIO	23
<i>phenobarbital</i>	36	PREMARIN	16
<i>phenytek</i>	37	<i>premium lidocaine</i>	32
<i>phenytoin</i>	37	PREMPHASE	17
<i>phenytoin sodium extended</i>	37	PREMPRO	17
PHESGO	43	<i>prenatal</i>	53
<i>philitih</i>	16	<i>prevalite</i>	6
PICATO	10	<i>previfem</i>	17
PIFELTRO	51	PREVYMIS	50
<i>pilocarpine hcl</i>	24	PREZCOBIX	49
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	10	PREZISTA	49
<i>pimozide</i>	47	PRIFTIN	41
<i>pimtrea</i>	16	<i>primaquine phosphate</i>	47
<i>pioglitazone hcl</i>	55	<i>primidone</i>	37
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	55	PRIORIX	23
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	55	PRIVIGEN	21
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	35	PROAIR RESPICLICK	29
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	46	<i>probenecid</i>	7
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	46	<i>probenecid/colchicine</i>	7
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	46	<i>prochlorperazine</i>	40
<i>pirfenidone</i>	27	<i>prochlorperazine edisylate</i>	40
<i>pirmella 1/35</i>	16	<i>prochlorperazine maleate</i>	40
<i>pirmella 7/7/7</i>	16	PROCRIT	54
<i>pitavastatin calcium</i>	5	<i>procto-med hc</i>	7

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>proctosol hc</i>	7	REPATHA	6
<i>proctozone-hc</i>	7	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	6
PROGRAF	22	REPATHA SURECLICK	6
PROLASTIN-C	57	RESTASIS	25
PROLENSA	26	RESTASIS MULTIDOSE	25
PROLIA	7	RETEVMO	43
PROMACTA	54	RETROVIR IV INFUSION	52
<i>promethazine hcl</i>	40	REVCOVI	57
<i>promethazine hydrochloride</i>	41	REVLIMID	42
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	40	REXULTI	49
<i>propafenone hcl</i>	5	REYATAZ	49
<i>propafenone hydrochloride er</i>	5	REZLIDHIA	46
<i>propranolol hcl</i>	2	REZUROCK	22
<i>propranolol hcl er</i>	3	RHOPRESSA	24
<i>propranolol hydrochloride</i>	2	<i>ribavirin</i>	50
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	<i>rifabutin</i>	41
<i>propylthiouracil</i>	19	<i>rifampin</i>	41
PROQUAD	23	<i>riluzole</i>	9
<i>protriptyline hcl</i>	39	RINVOQ	20
PULMOZYME	27	RISPERDAL CONSTA	49
PURIXAN	43	<i>risperidone</i>	49
<i>pyrazinamide</i>	41	<i>risperidone er</i>	49
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	<i>risperidone odt</i>	49
<i>pyrimethamine</i>	47	<i>ritonavir</i>	49
PYRUKYND	54	<i>rivastigmine tartrate</i>	1
PYRUKYND TAPER PACK	54	<i>rivastigmine transdermal system</i>	1
QINLOCK	42	<i>rivelsa</i>	17
QUADRACEL	23	<i>rizatriptan benzoate</i>	1
<i>quetiapine fumarate</i>	49	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1
<i>quetiapine fumarate er</i>	48	ROCKLATAN	25
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	<i>roflumilast</i>	29
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>ropinirole hcl</i>	2
<i>quinidine sulfate</i>	5	<i>ropinirole hydrochloride</i>	2
<i>quinine sulfate</i>	47	<i>rosadan</i>	10
QULIPTA	2	<i>rosuvastatin calcium</i>	5
RABAVERT	24	ROTARIX	24
<i>rabeprazole sodium</i>	13	ROTATEQ	24
<i>raloxifene hydrochloride</i>	14	<i>roweepra</i>	38
<i>ramelteon</i>	9	ROZLYTREK	46
<i>ramipril</i>	6	RUBRACA	46
<i>ranolazine er</i>	4	<i>rufinamide</i>	37
<i>rasagiline mesylate</i>	2	RUKOBIA	50
RECOMBIVAX HB	24	RUXIENCE	42
RECTIV	12	RYBELSUS	55
RELISTOR	12	RYDAPT	46
<i>repaglinide</i>	55	<i>sajazir</i>	21

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SANDIMMUNE	22	<i>sorine</i>	5
SANTYL	10	<i>sotalol hcl</i>	5
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	57	<i>sotalol hydrochloride</i>	5
SAVELLA	8	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	5
SAVELLA TITRATION PACK	8	SPIRIVA HANDIHALER	28
SCSEMBLIX	43	SPIRIVA RESPIMAT	28
<i>scopolamine</i>	41	<i>spironolactone</i>	6
SECUADO	49	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>selegiline hcl</i>	2	SPRAVATO 56MG DOSE	38
<i>selenium sulfide</i>	11	SPRAVATO 84MG DOSE	38
SELZENTRY	50	<i>sprintec 28</i>	17
SEREVENT DISKUS	29	SPRITAM	38
<i>sertraline hcl</i>	40	SPRYCEL	46
<i>sertraline hydrochloride</i>	40	SPS	52
<i>setlakin</i>	17	<i>sronyx</i>	17
<i>sevelamer carbonate</i>	52	<i>ssd</i>	10
SFROWASA	7	STAMARIL	24
<i>sharobel</i>	18	<i>stavudine</i>	52
SHINGRIX	24	STELARA	20
SIGNIFOR	19	STIOLTO RESPIMAT	27
<i>sildenafil citrate</i>	28	STIVARGA	46
<i>silodosin</i>	13	STRENSIQ	57
<i>silver sulfadiazine</i>	10	<i>streptomycin sulfate</i>	33
SIMBRINZA	25	STRIBILD	51
<i>simliya</i>	17	<i>subvenite</i>	38
<i>simpesse</i>	17	<i>subvenite starter kit/blue</i>	38
<i>simvastatin</i>	5	<i>subvenite starter kit/green</i>	38
<i>sirolimus</i>	22	<i>subvenite starter kit/orange</i>	38
SIRTURO	41	SUCRAID	57
SKYCLARYS	30	<i>sucrafate</i>	13
SKYRIZI	20	<i>sulfacetamide sodium</i>	25
SKYRIZI PEN	20	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	25
<i>sodium chloride</i>	53	<i>phosphate</i>	
<i>sodium chloride 0.45%</i>	53	<i>sulfadiazine</i>	36
<i>sodium chloride 0.9%</i>	30	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	36
<i>sodium oxybate</i>	9	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	36
<i>sodium phenylbutyrate</i>	57	<i>sulfasalazine</i>	7
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	52	<i>sulindac</i>	32
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium</i>	12	<i>sumatriptan</i>	1
<i>sulfate</i>		<i>sumatriptan succinate</i>	1
SOLQUA 100/33	55	<i>sunitinib malate</i>	46
SOLTAMOX	42	SUNLENCA	50
SOMATULINE DEPOT	19	SUTAB	12
SOMAVERT	19	SYMPAZAN	37
<i>sorafenib</i>	46	SYMTUZA	49
<i>sorafenib tosylate</i>	46	SYNAGIS	21

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SYNJARDY	55	<i>thiothixene</i>	47
SYNJARDY XR	55	<i>tiadylt er</i>	3
SYNRIBO	43	<i>tiagabine hydrochloride</i>	37
TABLOID	43	TIBSOVO	46
TABRECTA	42	TICOVAC	24
<i>tacrolimus</i>	11	<i>timolol maleate</i>	24
<i>tacrolimus</i>	22	<i>tinidazole</i>	34
<i>tadalafil</i>	28	<i>tiotropium bromide</i>	29
TAFINLAR	46	TIVICAY	51
TAGRISSE	46	TIVICAY PD	51
TALZENNA	46	<i>tizanidine hcl</i>	1
<i>tamoxifen citrate</i>	42	<i>tizanidine hydrochloride</i>	1
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	13	TOBRADEX	25
<i>tarina fe 1/20</i>	17	TOBRADEX ST	25
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	17	<i>tobramycin</i>	25
TASIGNA	46	<i>tobramycin</i>	27
<i>tazarotene</i>	10	<i>tobramycin sulfate</i>	33
TAZICEF	34	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	25
<i>taztia xt</i>	3	<i>tolterodine tartrate</i>	13
TAZVERIK	43	<i>tolterodine tartrate er</i>	13
TDVAX	24	<i>topiramate</i>	38
TEFLARO	34	<i>toremifene citrate</i>	42
TEGSEDI	58	<i>torseamide</i>	6
<i>telmisartan</i>	5	TOUJEO MAX SOLOSTAR	57
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	4	TOUJEO SOLOSTAR	57
<i>temazepam</i>	9	TRADJENTA	55
TEMIXYS	52	<i>tramadol hydrochloride</i>	31
TENIVAC	24	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	31
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	52	<i>trandolapril</i>	6
TEPMETKO	46	<i>tranexamic acid</i>	53
<i>terazosin hcl</i>	3	<i>tranylcypramine sulfate</i>	39
<i>terazosin hydrochloride</i>	3	TRAZIMERA	42
<i>terbinafine hcl</i>	42	<i>trazodone hydrochloride</i>	40
<i>terconazole</i>	42	TRECTOR	41
<i>teriparatide</i>	7	TRELEGY ELLIPTA	27
<i>testosterone</i>	14	TRELSTAR MIXJECT	19
<i>testosterone cypionate</i>	14	TRESIBA	57
<i>testosterone enanthate</i>	14	TRESIBA FLEXTOUCH	57
<i>testosterone pump</i>	14	<i>tretinoin</i>	10
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	24	<i>tretinoin</i>	47
<i>tetrabenazine</i>	9	<i>tri femynor</i>	17
<i>tetracycline hydrochloride</i>	36	<i>triamcinolone acetanide</i>	11
THALOMID	42	<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	10
<i>theophylline er</i>	29	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>thioridazine hcl</i>	47	<i>triderm</i>	11
		<i>trientine hydrochloride</i>	52

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tri-estarylla</i>	17	<i>valsartan</i>	5
<i>trifluoperazine hcl</i>	47	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	47	VALTOCO 10 MG DOSE	37
<i>trifluridine</i>	25	VALTOCO 15 MG DOSE	37
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	VALTOCO 20 MG DOSE	37
TRIJARDY XR	55	VALTOCO 5 MG DOSE	37
<i>tri-lynyah</i>	17	<i>vancomycin hcl</i>	34
<i>trimethoprim</i>	34	<i>vancomycin hydrochloride</i>	34
<i>tri-mili</i>	17	VANFLYTA	46
<i>trimipramine maleate</i>	39	VAQTA	24
TRINTELLIX	40	<i>varenicline starting month box</i>	26
<i>tri-nymyo</i>	17	<i>varenicline tartrate</i>	26
<i>tri-previfem</i>	17	VARIVAX	24
TRIPTODUR	19	VARIZIG	21
<i>tri-sprintec</i>	17	VAXELIS	24
TRIUMEQ	52	VELTASSA	52
TRIUMEQ PD	52	VENCLEXTA	46
<i>trivora-28</i>	17	VENCLEXTA STARTING PACK	46
<i>tri-vylibra</i>	17	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	40
TRIZIVIR	52	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	40
TROGARZO	50	VENTAVIS	28
<i>tropium chloride</i>	13	VEOPOZ	20
TRULICITY	55	<i>verapamil hcl</i>	3
TRUMENBA	24	<i>verapamil hcl er</i>	3
TRUQAP	46	<i>verapamil hcl sr</i>	3
TRUSELTIQ	43	<i>verapamil hydrochloride</i>	4
TUKYSA	43	<i>verapamil hydrochloride er</i>	3
<i>tulana</i>	18	VERQUVO	6
TURALIO	46	VERSACLOZ	48
<i>turqoz</i>	17	VERZENIO	46
TWINRIX	24	V-GO 20	30
TYBOST	50	V-GO 30	30
TYMLOS	7	V-GO 40	30
TYPHIM VI	24	<i>vienva</i>	17
TYRVAYA	30	<i>vigabatrin</i>	37
TYSABRI	8	<i>vigadrone</i>	37
UBRELVY	2	<i>vigpoder</i>	37
UDENYCA	54	VIIBRYD STARTER PACK	40
UDENYCA ONBODY	54	<i>vilazodone hydrochloride</i>	40
<i>urea</i>	10	VIMIZIM	58
<i>ursodiol</i>	12	<i>viorele</i>	17
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	50	VIRACEPT	49
VALCHLOR	42	VIREAD	52
<i>valganciclovir</i>	50	VISTOGARD	30
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	50	VITRAKVI	46
<i>valproic acid</i>	26	VIVITROL	26

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VIZIMPRO	46	YUFLYMA 1-PEN KIT	22
VOCABRIA	51	YUFLYMA 2-PEN KIT	22
<i>volnea</i>	17	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	22
VONJO	44	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	23
<i>voriconazole</i>	42	<i>yuvafem</i>	17
VOSEVI	50	<i>zafirlukast</i>	28
VOTRIENT	46	<i>zaleplon</i>	9
VOWST	12	ZARXIO	54
VRAYLAR	49	ZEJULA	46
<i>vyfemla</i>	17	ZELBORAF	46
VYJUVEK	30	<i>zenatane</i>	10
<i>vylibra</i>	17	ZENPEP	58
VYNDAMAX	4	<i>zidovudine</i>	52
VYNDAQEL	58	<i>ziprasidone hcl</i>	49
VYZULTA	26	<i>ziprasidone mesylate</i>	49
<i>warfarin sodium</i>	54	ZIRGAN	25
WELIREG	46	ZOKINVY	58
<i>wera</i>	17	ZOLINZA	44
<i>wixela inhub</i>	27	<i>zolmitriptan</i>	1
XALKORI	46	<i>zolidem tartrate</i>	9
XARELTO	54	ZONISADE	37
XARELTO STARTER PACK	54	<i>zonisamide</i>	37
XATMEP	22	<i>zovia 1/35</i>	17
XCOPRI	38	<i>zovia 1/35e</i>	17
XELJANZ	20	ZTALMY	9
XELJANZ XR	20	ZURZUVAE	38
XERMELO	12	ZYDELIG	46
XGEVA	7	ZYKADIA	46
XIFAXAN	12	ZYLET	25
XIGDUO XR	55	ZYPREXA RELPREVV	49
XIIDRA	25		
XOFLUZA	50		
XOLAIR	20		
XOSPATA	46		
XPOVIO	44		
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	44		
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	44		
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	44		
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	44		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	44		
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	44		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	44		
XTAMPZA ER	31		
XTANDI	42		
<i>yargesa</i>	58		
YF-VAX	24		

ID de formulario: 24520, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: Abril 2024

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-844-883-8524 (TTY: 711)**.

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-844-883-8524 (TTY: 711)**.

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánída' áwo' dèè, t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-844-883-8524 (TTY: 711)**.

Blue Medicare RxSM es un Plan de Medicamentos con Receta (PDP) con un contrato de Medicare.

La inscripción en Blue MedicareRx depende de la renovación del contrato.

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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524。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 1-844-883-8524。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524 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 1-844-883-8524. 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-883-8524. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 1-844-883-8524 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 1-844-883-8524. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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 1-844-883-8524. 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、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、1-844-883-8524 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。

Navajo: T'áa hait'éego da ats'íís baa'áhayą doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídkid nee hólqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hólq. Ata' halne'í ta' yínikeedg kohji' 1-844-883-8524 nihich'j' hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Este formulario fue actualizado el 04/22/2024.

Si tiene alguna pregunta o quiere obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros de Blue MedicareRx al



1-844-883-8524 los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

El servicio está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.



O bien, visite **azblue.com/medicare**.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association