

# 2024

# Lista de medicamentos

## Lista de medicamentos cubiertos



Blue Best Life Classic (HMO)

Blue Best Life Plus (HMO)

BlueJourney (PPO)

---

### LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN

N.º de identificación de la lista de medicamentos: 24519, versión 10

Esta lista de medicamentos se actualizó el 04/22/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (AZ Blue) al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331**, (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, o visite [azblue.com/medicare](http://azblue.com/medicare).

Y0137\_Y36785PY24\_C



**BlueCross  
BlueShield**  
Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

## **Nota para los miembros actuales:**

Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando en esta lista de medicamentos se mencionan los términos "nosotros," "nos" o "nuestro," se hace referencia a AZ Blue. Cuando se menciona "plan" o "nuestro plan," se hace referencia a AZ Blue.

Este documento incluye una lista de los medicamentos de nuestro plan, que se encuentra vigente desde el 22 de abril de 2024. Para obtener la lista de medicamentos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos, aparece en la portada y en la contratapa.

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

# Introducción

## ¿Qué es la Lista de medicamentos de Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)?

Una lista de medicamentos, es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por AZ Blue con la colaboración de un equipo de prestadores de servicios médicos, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, AZ Blue cubrirá los medicamentos cubiertos en nuestra lista de medicamentos siempre que el medicamento sea médicalemente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de AZ Blue y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de Cobertura.

## ¿Puede cambiar la Lista de medicamentos?

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

### Cambios que pueden afectarlo este año:

Usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor 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 costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si usted está tomando actualmente el medicamento de marca, es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos que hicimos.
  - Si hacemos tales cambios, usted y la persona que le receta los medicamentos pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de AZ Blue?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestra lista de medicamentos no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, retiraremos el medicamento inmediatamente de nuestra lista de medicamentos y le enviaremos un aviso a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que es parte actualmente de la lista de medicamentos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o hacer ambas cosas. También podríamos hacer cambios según nuevas pautas clínicas.  
Si retiramos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, o agregamos autorizaciones previas, cantidades límite o restricciones en tratamientos escalonados en relación con un medicamento, o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, debemos notificar sobre el cambio a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si hacemos estos otros cambios, usted y la persona que le receta los medicamentos pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y puede, además, encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de AZ Blue?”

### **Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento.**

Por lo general, si toma un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos 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 costo 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.

La lista de medicamentos adjunta está vigente desde el 22 de abril de 2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AZ Blue, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contratapa. Si, durante el año del plan, se realizan cambios en la lista de medicamentos no relacionados con su mantenimiento, se publicarán los cambios de la lista de medicamentos de AZ Blue en nuestro sitio web **[azblue.com/MAPDDocs](http://azblue.com/MAPDDocs)**.

### **¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos?**

Hay dos formas para encontrar un medicamento dentro de la lista de medicamentos:

#### **Problema médico**

La lista de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos de esta lista de medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de problema médico que traten. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar un problema cardíaco están incluidos en la categoría Agentes cardiovasculares. Si usted sabe para qué se usa el medicamento,

busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento bajo esa categoría.

### **Listado alfabético**

Si no tiene claro en cuál categoría buscar, debería buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 64. El Índice proporciona 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 aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

### **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

AZ Blue cubre tanto los medicamentos de marca como los 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 de marca.

### **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

- **Autorización previa (PA, en inglés):** AZ Blue requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de AZ Blue antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que AZ Blue no cubra el medicamento.
- **Cantidad límite (QL):** Para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, AZ Blue proporciona 30 cápsulas de temazepam por receta médica. Esto puede ser complementario a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada (ST, en inglés):** En algunos casos, AZ Blue requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema médico antes de que cubramos otro medicamento para dicho problema médico. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su problema médico, es posible que AZ Blue no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces AZ Blue cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, consulte la lista de medicamentos que comienza en la página 1. Además, podrá obtener información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos con cobertura en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede pedirnos que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos, aparece en la portada y en la contratapa.

Puede solicitarle a AZ Blue que realice una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su problema médico. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción a la Lista de medicamentos de AZ Blue?” en la página iv.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Departamento de Servicio al Miembro y consultar si su medicamento tiene cobertura.

Si resulta que AZ Blue no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle al Departamento de Servicio al Miembro una lista de medicamentos similares que tengan cobertura de AZ Blue. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que tenga cobertura por AZ Blue.
- Puede solicitar a AZ Blue que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la información sobre cómo solicitar una excepción a continuación.

## ¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de AZ Blue?

Puede solicitarle a AZ Blue que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si este no se encuentra en nuestra lista de medicamentos. Si se aprueba, el medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido determinado previamente, y no podrá solicitar que el medicamento se proporcione a un costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos a un nivel de costo compartido menor, a menos que este medicamento esté incluido en el nivel de medicamentos especiales. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que no se apliquen restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, AZ Blue limita la cantidad de medicamentos que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, AZ Blue solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no tuvieran la misma eficacia para tratar su problema médico o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción a la lista de medicamentos, al nivel o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción a la lista de medicamentos, al nivel o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su 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 recela los medicamentos. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si se le concede la excepción acelerada, debemos tomar una decisión antes de las 24 horas después de haber recibido una declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no se encuentren en nuestra lista de medicamentos. También es posible que esté tomando un medicamento que esté en nuestra lista de medicamentos, 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 a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras usted consulta con su médico para determinar la acción más apropiada, podemos cubrir su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestra lista de medicamentos, o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, le permitiremos obtener resurtidos del medicamento con receta hasta llegar a un máximo de un suministro de 30 días del medicamento. Luego del primer suministro de 30 días, no pagaremos esos medicamentos, incluso si hace menos de 90 días que es miembro del plan.

Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o si su capacidad de obtener el medicamento es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días como miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted intenta conseguir una excepción a la lista de medicamentos.

Si toma un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos y experimenta un cambio en el nivel de atención, como por ejemplo, si recibe el alta de un hospital o centro de atención de enfermería especializada, puede solicitarnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de AZ Blue, revise la Evidencia de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene preguntas sobre AZ Blue, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos, aparece en la portada y en la contratapa.

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

## **Lista de medicamentos de Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)**

La lista de medicamentos que empieza en la página 1 proporciona información acerca de los medicamentos cubiertos por AZ Blue. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que empieza en la página 64.

En la primera columna de esta tabla, se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en letra mayúscula (por ej., TRULICITY) y los medicamentos genéricos están escritos en letra minúscula y cursiva (p. ej., *dulaglutida*).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si AZ Blue tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Algunas de las abreviaturas que puede encontrar en el listado de medicamentos son:

**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 tener cobertura de la Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que deba enviar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

**EA:** Cada.

**ED:** Este medicamento con receta normalmente no cuenta con cobertura por parte de un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta médica para este medicamento no cuenta para los costos totales del medicamento (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura para casos catastróficos). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

**MO:** Medicamento de pedido por correo. Este medicamento con receta está disponible a través de un servicio de pedido por correo.

**NDS:** Suministro para 90 días sin extensión. Este medicamento con receta no está disponible para un suministro de 90 de días extendido.

**PA:** Autorización previa. AZ Blue requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de AZ Blue antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que AZ Blue no cubra 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 los miembros que ya usan el medicamento.

**QL:** Cantidad límite. Para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, AZ Blue proporciona 30 tabletas de Januvia por receta médica. Esto puede ser complementario a un suministro estándar de un mes o tres meses.

**ST:** Terapia Escalonada. En algunos casos, AZ Blue requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema médico antes de que cubramos otro medicamento para dicho problema médico. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su problema médico, es posible que AZ Blue no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces AZ Blue cubrirá el medicamento B.

## Etapas del beneficio de medicamentos con receta de la Parte D

En la cobertura de medicamentos con receta de Medicare de AZ Blue, hay cuatro "etapas" diferentes. Los costos de sus medicamentos dependerán de la "etapa" en la que esté y del plan de Medicare de AZ Blue en el que esté inscrito. A continuación, encontrará una descripción de cada etapa de los medicamentos.

### **ETAPA 1: Etapa de deducible anual**

Los planes AZ Blue Medicare Advantage no tienen deducible anual.

### **ETAPA 2: Etapa de cobertura inicial**

Cada vez que obtiene un medicamento con receta, su plan registra el costo del medicamento (el monto que pagan usted y AZ Blue). La parte que le corresponde del costo de los medicamentos se denomina copago o coseguro. Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial mientras se acumulan sus copagos o coseguros, junto con todo lo que paga su plan por sus medicamentos y hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha alcancen los \$5,030. Cuando alcance este límite de \$5,030, usted pasa a la Etapa 3, que es la Etapa de período sin cobertura.

### **ETAPA 3: Etapa de período sin cobertura**

Luego de que haya alcanzado el Límite de cobertura inicial de \$5,030 en la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de período sin cobertura, y pagará el 25 % del precio (además de una parte del costo de suministro) de los medicamentos de marca y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos. Permanecerá en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" del año hasta la fecha (sus pagos más ciertos pagos que se hacen en su nombre) de los medicamentos cubiertos de la Parte D alcancen un total de \$8,000. Una vez que haya alcanzado este límite, pasa de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa 4, la Etapa de cobertura para casos catastróficos.

### **ETAPA 4: Etapa de cobertura para casos catastróficos**

Una vez que usted (y otras personas en su nombre) hayan pagado de su bolsillo un total de \$8,000 por sus medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año, pasa a la Etapa de cobertura para casos catastróficos. Durante esta etapa, no pagará montos de coseguro ni copago por el resto del año.

→\$0.00 para medicamentos genéricos O  
→el 0 % del costo del medicamento

→\$0.00 para todos los demás medicamentos O  
→el 0 % del costo del medicamento

*AZ Blue paga el resto del costo.*

## Tablas de beneficios de medicamentos con receta de AZ Blue

Cada medicamento cubierto por nuestro Plan está agrupado en uno de los seis (6) niveles. En general, cuanto menor sea el nivel, menor será el costo del medicamento. La siguiente tabla muestra cómo están agrupados los medicamentos.

<b>Nivel 1</b>	Medicamentos genéricos preferidos
<b>Nivel 2</b>	Medicamentos genéricos
<b>Nivel 3</b>	Medicamentos de marca preferidos
<b>Nivel 4</b>	Medicamentos no preferidos
<b>Nivel 5</b>	Medicamentos especializados
<b>Nivel 6</b>	Medicamentos para atención médica especializada

El costo de los medicamentos en cada nivel depende del plan de AZ Blue en el que esté. En la siguiente página, se muestran tablas diseñadas para ayudarlo a entender cuánto pagará por sus medicamentos. Busque la tabla para su plan y en la última fila de cada tabla, podrá ver de cuánto será su copago (un monto en dólares) o coseguro (un porcentaje) para los diferentes niveles de su plan. Cada página de las tablas de los planes incluye una tabla más pequeña que indica cuáles serán sus costos para el suministro de medicamentos de 90 días (un suministro de 100 días para los medicamentos en los Niveles 1 y 2) si se compran en nuestra Farmacia de compra por correo o algunas farmacias de compra minorista.

Las siguientes tablas muestran cuáles serán sus costos en cada plan de Medicare de AZ Blue durante cada una de las cuatro etapas de cobertura.

# Lo que le corresponde pagar como miembro de este plan

Blue Best Life Classic (HMO) (H0302-006)

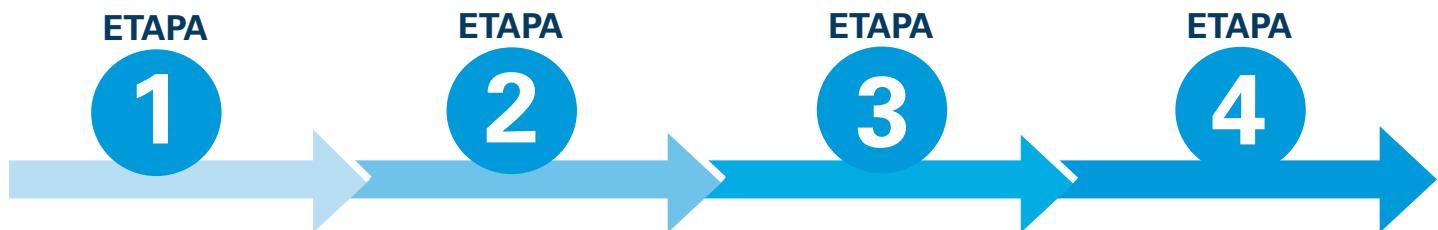
Prima mensual de \$0

ETAPA <b>1</b>	ETAPA <b>2</b>	ETAPA <b>3</b>	ETAPA <b>4</b>	
Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial Hasta \$5,030 en gastos de medicamentos cubiertos, según el costo <b>compartido total</b> entre usted y el Plan	Etapa de período sin cobertura Esta etapa comienza cuando el costo <b>compartido total</b> de los medicamentos alcance los \$5,030	Etapa de cobertura para casos catastróficos Esta etapa comienza cuando el <b>total de gastos de bolsillo</b> que paga por los medicamentos alcance los \$8,000	
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Suministro de 30 días	Suministro de días adicionales (compra minorista o por correo)		
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro de 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Medicamentos genéricos \$0
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro de 100 días)	Medicamentos de marca 25 %	Medicamentos de marca \$0
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141	Medicamentos de marca 25 %	Medicamentos de marca \$0
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
<b>Nivel 6:</b> Medicamentos de atención médica especializada	\$0	\$0		

# Lo que le corresponde pagar como miembro de este plan

Blue Best Life Plus (HMO) (H0302-001)

Prima mensual de \$45



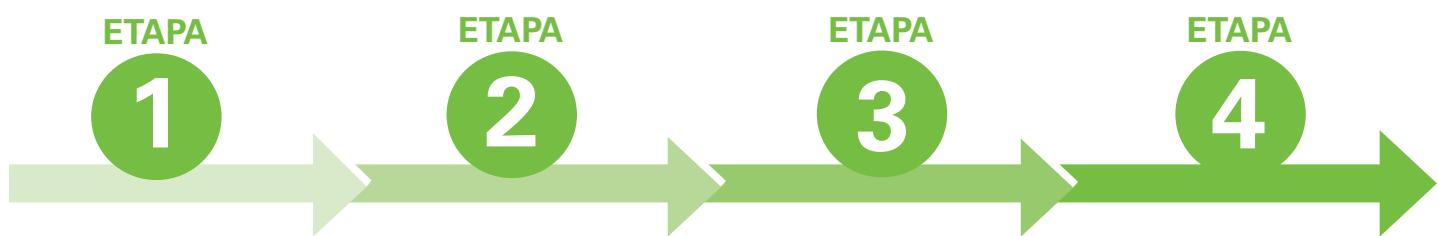
Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial		Etapa de período sin cobertura	Etapa de cobertura para casos catastróficos
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Suministro de 30 días	Suministro de días adicionales (compra minorista o por correo)		
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro de 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Medicamentos genéricos \$0
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro de 100 días)		
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141	Medicamentos de marca 25 %	Medicamentos de marca \$0
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
<b>Nivel 6:</b> Medicamentos de atención médica especializada	\$0	\$0		

# Lo que le corresponde pagar como miembro de este plan

Condado de Pima

Prima mensual de \$0

## Blue Best Life Classic (HMO) (H0302-008)



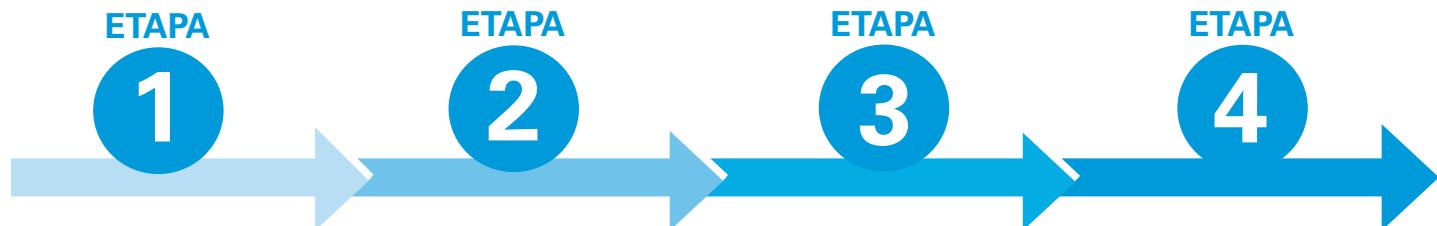
ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
<b>Etapa de deducible anual</b>  Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	<b>Etapa de cobertura inicial</b> Hasta \$5,030 en gastos de medicamentos cubiertos, según el costo <b>compartido total</b> entre usted y el Plan	<b>Etapa de período sin cobertura</b> Esta etapa comienza cuando el costo <b>compartido total</b> de los medicamentos alcance los \$5,030	<b>Etapa de cobertura para casos catastróficos</b> Esta etapa comienza cuando el <b>total de gastos de bolsillo</b> que paga por los medicamentos alcance los \$8,000
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos  <b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos  <b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos  <b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos  <b>Nivel 5:</b> Medicamentos especiales  <b>Nivel 6:</b> Medicamentos de atención médica especializada	<b>Suministro de 30 días</b>  \$0 \$9 \$47 \$100 33 % \$0	<b>Suministro de días adicionales (compra minorista o por correo)</b>  \$0 (suministro de 100 días) \$9 (suministro de 100 días) \$141 \$300 No se ofrece \$0	Medicamentos genéricos 25 %  Medicamentos de marca 25 %  Medicamentos de marca \$0

# Lo que le corresponde pagar como miembro de este plan

BlueJourney (PPO) – Maricopa County (H5140-001)

Prima mensual de \$60

BlueJourney (PPO) – Pima County (H5140-002)



Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial		Etapa de período sin cobertura	Etapa de cobertura para casos catastróficos
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Suministro de 30 días	Suministro de días adicionales (compra minorista o por correo)		
<b>Nivel 1:</b> Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro de 100 días)	Medicamentos genéricos 25 %	Medicamentos genéricos \$0
<b>Nivel 2:</b> Medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro de 100 días)		
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141	Medicamentos de marca 25 %	Medicamentos de marca \$0
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
<b>Nivel 6:</b> Medicamentos para atención médica especializada	\$0	\$0		

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

ID de formulario: 24519, 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
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
<b>Agentes antimastiánicos</b>		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
GUANIDINE HCL	4	
pyridostigmine bromide tablet 60mg	2	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
entacapone	3	
OSMOLEX ER	4	PA
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
bromocriptine mesylate capsule, tablet	4	
KYNMOBI	5	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	4	
pramipexole dihydrochloride	2	
ropinirole er	4	
ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	2	
ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg	2	
<i>Anticolinérgicos</i>		
benztropine mesylate tablet	2	
trihexyphenidyl hydrochloride	4	
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)</i>		
rasagiline mesylate tablet	4	
selegiline hcl capsule, tablet	3	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
carbidopa/levodopa	2	
carbidopa/levodopa er	3	
carbidopa/levodopa odt	4	
carbidopa tablet	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<b>EDARBYCLOR</b>	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6	
<b>ENTRESTO</b>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
<b>KERENDIA</b>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Agonistas adrenérgicos alfa</b>		
clonidine	4	
clonidine hydrochloride tablet	1	
droxidopa	5	PA
guanfacine hydrochloride tablet 1mg, 2mg	4	
methyldopa tablet 250mg, 500mg	4	
midodrine hcl	2	
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		
candesartan cilexetil	6	
EDARBI	4	
irbesartan	6	
losartan potassium tablet	6	
olmesartan medoxomil tablet	6	
telmisartan	6	
valsartan tablet	6	
<b>Antiarrítmicos</b>		
amiodarone hydrochloride tablet 200mg	1	
amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg	3	
digatek tablet 0.125mg, 0.25mg	2	
digox	2	
digoxin solution	4	
digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg	2	
dofetilide	4	
flecainide acetate	2	
mexiletine hcl capsule 150mg	3	
mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	1	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	3	
propafenone hcl	2	
propafenone hydrochloride er	4	
quinidine sulfate tablet	3	
sorine	2	
sotalol hcl	2	
sotalol hydrochloride (af)	2	
sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg	2	
<b>Dislipídicos, derivados del ácido fíbrico</b>		
fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg	2	
fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	2	
fenofibric acid dr	3	
gemfibrozil tablet	2	
<b>Dislipídicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>		

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>atorvastatin calcium</i>	6	
<i>fluavastatin</i>	4	
<i>fluavastatin sodium er</i>	4	
LIVALO	4	ST
<i>lovastatin tablet</i>	6	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium</i>	6	
<i>simvastatin tablet</i>	6	
<b>Dislipidémicos, otros</b>		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	6	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<b>Diuréticos, ahorrador de potasio</b>		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	1	
<b>Diuréticos, evacuación</b>		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>torsemide tablet</i>	1	
<b>Diuréticos, tiazida</b>		
<i>chlorothiazide tablet</i>	2	
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</b>		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	6	
<i>captopril tablet</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet</i>	6	
<i>fosinopril sodium</i>	6	
<i>lisinopril tablet</i>	6	
<i>moexipril hcl</i>	6	
<i>perindopril erbumine</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	
<i>ramipril</i>	6	
<i>trandolapril</i>	6	
<b>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</b>		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
<b>NITRO-BID</b>	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
<b>VERQUVO</b>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<b>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</b>		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
<b>Agentes de antigout</b>		
<b>Agentes de antigout</b>		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
<b>Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal</b>		
<b>Aminosalicilatos</b>		
<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	
<b>SFROWASA</b>	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
<b>Glucocorticoides</b>		
<i>budesonide er</i>	5	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>cocolort</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	
<b>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</b>		
<b>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</b>		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
<b>FORTEO</b>	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
<b>PROLIA</b>	4	QL(2 ML por 365 días)
<b>RAYALDEE</b>	5	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
<b>TYMLOS</b>	5	PA
<b>XGEVA</b>	5	PA
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
<b>Agentes de esclerosis múltiple</b>		
<i>AVONEX PEN</i>	5	QL(4 EA por 28 días); PA
<i>AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML</i>	5	QL(4 EA por 28 días); PA
<b>BAFIERTAM</b>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<b>BETASERON</b>	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
TYSABRI	5	PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
<b>Agentes de fibromialgia</b>		
<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)
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA NSO
<b>Agentes del trastorno del sueño</b>		
<b>Agentes estimulantes de insomnio</b>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<b>Agentes somníferos</b>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<b>Agentes dentales y orales</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hydiate tablet 20mg</i>	3	
KEPIVANCE	5	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes dermatológicos</b>		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	
<b>KLISYRI</b>	5	ST
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<b>OTEZLA TABLET 30MG</b>	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
<b>SANTYL</b>	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
<b>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</b>		
<b>ACCUTANE</b>	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnesteem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
<b>FINACEA FOAM</b>	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream</i>	4	
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	2	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
<b>Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito</b>		
<b>ALA-CORT CREAM 2.5%</b>	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
<b>EUCRISA</b>	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment, solution</i>	3	
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
<b>Antiinfecciosos tópicos</b>		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	
<b>BACTROBAN NASAL</b>	4	
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ciclopirox gel	2	
ciclopirox shampoo, suspension	3	
clindamycin phosphate lotion 1%	4	QL(75 ML por 30 días)
clindamycin phosphate external solution 1%	2	QL(60 ML por 30 días)
ery	3	
erythromycin gel 2%	2	
erythromycin pad 2%	3	
erythromycin solution 2%	2	
mupirocin ointment	2	QL(110 GM por 30 días)
mupirocin cream	3	
<b>Pediculicidas/escabicidas</b>		
malathion	4	
permethrin cream	3	
<b>Agentes gastrointestinales</b>		
<b>Agentes antidiarreicos</b>		
alosetron hydrochloride tablet 0.5mg	4	PA
alosetron hydrochloride tablet 1mg	5	PA
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate	3	
loperamide hcl capsule	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<b>Agentes antiestreñimiento</b>		
constulose	2	
enulose	2	
generlac	2	
lactulose solution	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
lubiprostone	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
peglax	2	
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
<b>Agentes gastrointestinales, otros</b>		
CLENPIQ	3	
gavilyte-c	2	
gavilyte-g	2	
gavilyte-h	2	
gavilyte-n/flavor pack	2	
metoclopramide hcl solution	2	
metoclopramide hcl tablet 5mg	1	

ID de formulario: 24519, 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>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<b>RECTIV</b>	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
<b>SUTAB</b>	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
<b>VOWST</b>	5	PA
<b>XIFAXAN TABLET 200MG</b>	4	PA
<b>XIFAXAN TABLET 550MG</b>	5	PA
<b>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</b>		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
<b>Antiespasmódicos, gastrointestinal</b>		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
<i>DEXILANT</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>dexlansoprazole</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>Protectores</b>		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
<b>Agentes genitourinarios</b>		
<b>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<b>Agentes genitourinarios, otros</b>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
<i>d-penamine</i>	5	
<b>ELMIRON</b>	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<b>Antiespasmódicos, urinario</b>		
<b>GELNIQUE PUMP</b>	4	
<b>GEMTESA</b>	4	
<b>MYRBETRIQ</b>	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacina succinato</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>trospium chloride</i>	3	
<i>trospium chloride er</i>	4	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</b>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
<b>GENOTROPIN</b>	5	PA
<b>GENOTROPIN MINIQUICK</b>	5	PA
<b>INCRELEX</b>	5	PA
<b>LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)</b>	5	QL(1 EA por 168 días); PA
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)</b>		
<b>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</b>		
<b>OSPHENA</b>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone pump</i>	3	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
<b>Estrógenos</b>		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
<b>CLIMARA PRO</b>	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
<b>DOTTI</b>	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarrylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol gel, patch twice weekly, patch weekly, vaginal tablet</i>	4	
<b>ESTRING</b>	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	
<b>FYAVOLV</b>	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissa</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutera</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	
<i>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri-femynor</i>	3	
<i>tri-estarrylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienna</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<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	
<b>Progestinas</b>		
<i>camila</i>	3	
<i>debitlane</i>	3	
DEPO-PROVERA INJECTION 400MG/ML	4	QL(10 ML por 28 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>errin</i>	3	
<i>heather</i>	3	
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	
<i>jolivette</i>	3	
<i>lyleq</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	PA NSO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	PA
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	PA

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	3	
<i>norlyda</i>	3	
<i>norlyroc</i>	3	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</b>		
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
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</b>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroídes)</b>		
<b>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroídes)</b>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
THYROLAR-1	4	
THYROLAR-1/2	4	
THYROLAR-1/4	4	
THYROLAR-2	4	
THYROLAR-3	4	
UNITHROID	3	
<b>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</b>		
<b>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</b>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
LANREOTIDE ACETATE	5	PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA NSO
SOMATULINE DEPOT INJECTION 60MG/0.2ML, 90MG/0.3ML	5	PA
SOMAVERT	5	PA

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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
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
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
<b>Agentes para angioedema</b>		
CINRYZE	5	PA
icatibant acetate	5	PA
sazair	5	PA
<b>Inmunoestimulantes</b>		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
INTRON A	5	PA NSO
PEGASYS	5	PA
<b>Inmunoglobulinas</b>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	5	B/D
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
IPOP 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	
PREHEVBARIO	3	B/D
PRIORIX	3	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	3	B/D
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<b>Agentes oftálmicos</b>		
<b>Agentes oftálmicos antialérgicos</b>		
<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	
<b>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</b>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution</i>	1	
<b>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</b>		
<i>acetazolamide er</i>	3	
<i>ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%</i>	3	
<i>BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>RHOPRESSA</i>	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
<i>COMBIGAN</i>	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
<i>CYSTARAN</i>	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate)</i>	1	
<b>RESTASIS</b>	3	
<b>RESTASIS MULTIDOSE</b>	3	
<b>ROCKLATAN</b>	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<b>SIMBRINZA</b>	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
<b>TOBRADEX ST</b>	4	
<b>TOBRADEX OINTMENT</b>	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
<b>XIIDRA</b>	4	QL(60 EA por 30 días)
<b>ZYLET</b>	4	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>		
<i>bacitracin</i>	4	
<b>BESIVANCE</b>	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacina</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
<b>NATACYN</b>	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
<b>ZIRGAN</b>	4	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	2	
<b>FLAREX</b>	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
<b>ILEVRO</b>	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
<b>LOTEMAX SM</b>	4	QL(20 GM por 365 días)

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone acetate</i>	2	
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
<b>Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas</b>		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
<b>Agentes para la bipolaridad</b>		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
<b>Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción</b>		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 4mg; 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
<b>Agentes para vías respiratorias/pulmonares</b>		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA	5	PA
FASENRA PEN	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inh</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<b>Agentes para fibrosis pulmonar</b>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
<b>Agentes para fibrosis quística</b>		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO	5	PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	5	QL(84 EA por 28 días); PA
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ciproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
<b>Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados</b>		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
<b>Broncodilatadores, simpaticomimético</b>		
<i>albuterol sulfate er</i>	4	
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>Estabilizadores de mastocitos</b>		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D

ID de formulario: 24519, 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>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
roflumilast	4	PA
theophylline er tablet extended release 24 hour	2	
theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg	4	
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</b>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA NSO
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
IGALMI	4	PA NSO
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
NUTRILIPID	2	B/D
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OXLUMO	5	PA
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak) \$0 Copay
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
VYJUVEK	5	PA
<b>Agentes óticos</b>		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
<b>Analgésicos</b>		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release</i>	3	NDS
<i>XTAMPZA ER</i>	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml	4	NDS
loracet	2	NDS
loracet hd	2	NDS
loracet plus tablet 325mg; 7.5mg	2	NDS
morphine sulfate oral solution, tablet	3	NDS
morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml	2	NDS
oxycodone hydrochloride solution	3	NDS
oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg	2	NDS
oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg	3	NDS
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	2	NDS
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg	3	NDS
tramadol hydrochloride/acetaminophen	2	NDS
tramadol hydrochloride tablet 50mg	1	NDS
vicodin hp tablet 300mg; 10mg	4	NDS
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>		
celecoxib capsule	2	QL(60 EA por 30 días)
diclofenac potassium tablet 50mg	3	
diclofenac sodium dr	2	
diclofenac sodium er	3	
diclofenac sodium gel 1%	2	QL(1000 GM por 30 días)
diflunisal tablet 500mg	3	
ec-naproxen tablet delayed release 500mg	4	
etodolac capsule, tablet	3	
flurbiprofen tablet	2	
ibu	1	
ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg	1	
indomethacin er	4	
indomethacin capsule 25mg, 50mg	2	
ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml	4	
ketorolac tromethamine tablet 10mg	4	QL(20 EA por 30 días)
meloxicam tablet	1	
nabumetone tablet	2	
naproxen sodium tablet 275mg, 550mg	3	
naproxen tablet delayed release 375mg	2	
naproxen tablet delayed release 500mg	4	
naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg	1	
oxaprozin tablet	3	
piroxicam capsule	3	
sulindac tablet	2	
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestésicos locales</b>		

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<b>Ansiolíticos</b>		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	2	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<b>Antibacterianos</b>		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
<i>HUMATIN</i>	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam</i>	4	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindacin etz pledges</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
<b>DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE</b>	4	
<b>IMPAVIDO</b>	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tinidazole</i>	3	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<b>Betalactámico, cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazin sodium injection 1gm</i>	4	
<b>CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM</b>	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefeprime</i>	4	
<i>cefeprime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>ceftixime capsule</i>	4	
<i>ceftazidime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>monodoxine nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgodox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgodox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Agentes de aumento de ácido y-aminobutírico (GABA)</b>		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<b>DIACOMIT</b>	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	
<i> gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i> gabapentin capsule 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días)
<i> gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i> gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i> gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i> phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i> phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i> primidone tablet</i>	2	
<b>SYMPAZAN FILM 5MG</b>	4	
<b>SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG</b>	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
<b>VALTOCO 10 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<b>VALTOCO 15 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<b>VALTOCO 20 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<b>VALTOCO 5 MG DOSE</b>	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadron</i>	5	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
<b>Agentes de modificación de los canales de calcio</b>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<b>Agentes para los canales de sodio</b>		
<b>APTIOM</b>	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
<b>Antidepresivos</b>		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	2	
<i>maprotiline hcl</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<b>Tricíclicos</b>		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECATOR	4	
<b>Antimicóticos</b>		
<b>Antimicóticos</b>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate injection 70mg</i>	4	
<i>caspofungin acetate injection 50mg</i>	5	
<i>clotrimazole cream</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
<b>Antineoplásicos</b>		
<b>Agentes alquilantes</b>		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<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
<b>Agentes antiangiogénicos</b>		
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
<b>Antiandrógenos</b>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
<b>Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco</b>		
DARZALEX FASPRO	5	PA NSO
KANJINTI	5	PA NSO
LOQTORZI	5	PA NSO
RUXIENCE	5	PA NSO
TRAZIMERA	5	PA NSO
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<b>Antimetabolitos</b>		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
AKEEGA	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
IWLIFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
LONSURF	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
NINLARO	5	PA NSO
OGSIVEO	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
ORSERDU	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHESGO	5	PA NSO
RETEVMO	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
SYNRIBO	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TRUSELTIQ	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO
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

ID de formulario: 24519, 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.

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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
VOTRIENT	5	PA NSO
WELIREG	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORA F	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
<b>Retinoides</b>		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoïn capsule 10mg</i>	5	
<b>Antiparasitarios</b>		
<b>Antihelminticos</b>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<b>Antiprotozoico</b>		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
<b>COARTEM</b>	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
<b>Antipsicóticos</b>		
<b>Primera generación/típico</b>		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate, injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	4	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
<b>Resistente al tratamiento</b>		
<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)

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
<b>Segunda generación/atípico</b>		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(8 EA por 180 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	5	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
<b>Antivírico</b>		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS	5	
atazanavir	4	
atazanavir sulfate capsule 300mg	4	
darunavir	5	
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
INVIRASE TABLET	5	
LEXIVA SUSPENSION	4	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET, SOLUTION	4	
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	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	
SELZENTRY TABLET 75MG	5	
SUNLENCA	5	
TROGARZO	5	
TYBOST	4	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</b>		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
<b>Agentes antigripales</b>		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
<b>Agentes antihepatitis C (VHC)</b>		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION	5	
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
<b>Agentes antiherpéticos</b>		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
<b>Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)</b>		
APRETUDE	5	
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABLET 10MG	4	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	
VOCABRIA	5	
<i>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)</i>		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	
INTELENCE TABLET 25MG	4	
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	4	
PIFELTRO	5	
<i>Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)</i>		
<i>abacavir</i>	4	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	2	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	4	
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	5	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIDEX EC CAPSULE DELAYED RELEASE 125MG	4	
VIDEX PEDIATRIC	4	
VIREAD POWDER	5	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	
<i>zidovudine</i>	3	
<b>Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)</b>		
<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	
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>		
<b>Aglutinantes de potasio</b>		
<i>kionex suspension</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	3	
<i>sps</i>	3	
VELTASSA	4	
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 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
<b>Quelantes de fosfato</b>		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
<b>Reemplazo de electrolitos/minerales</b>		

ID de formulario: 24519, 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 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	3	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con sprinkle</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
<b>Vitaminas</b>		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
<b>Productos y modificadores sanguíneos</b>		
<b>Agentes homeostáticos</b>		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
<b>Agentes modificadores de plaquetas</b>		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
<b>BRILINTA</b>	3	
<b>CABLIVI</b>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
<b>DOPTELET</b>	5	PA
<i>prasugrel</i>	2	
<b>Anticoagulantes</b>		
<b>ELIQUIS STARTER PACK</b>	3	QL(148 EA por 365 días)
<b>ELIQUIS TABLET 2.5MG</b>	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>ELIQUIS TABLET 5MG</b>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
<b>FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML</b>	4	
<b>FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 9500UNIT/3.8ML</b>	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
<b>XARELTO STARTER PACK</b>	3	QL(102 EA por 365 días)
<b>XARELTO TABLET 10MG, 20MG</b>	3	QL(30 EA por 30 días)
<b>XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG</b>	3	QL(60 EA por 30 días)
<b>Productos y modificadores sanguíneos, otros</b>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCERIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCERIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
ZARXIO	5	
<b>Reguladores de la glucemia</b>		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
acarbose tablet	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
FARXIGA	3	
glimepiride	6	
glipizide er	6	
glipizide xl	6	
glipizide/metformin hydrochloride	6	
glipizide/tablet	6	
glyburide/metformin hydrochloride	6	
glyburide/tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg	6	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	6	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	1	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
<b>Agentes ant glucémicos</b>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<b>Insulinas</b>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	

ID de formulario: 24519, 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
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	
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	

ID de formulario: 24519, 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.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Relajantes musculares esqueléticos</b>		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
<b>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA
ENDARI	5	PA
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
JAVYGTOR	5	PA
KANUMA	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
STRENSIQ	5	PA
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
VIMIZIM	5	PA
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24519, 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
abacavir	56	allopurinol	7
abacavir sulfate/lamivudine	56	alosetron hydrochloride	14
abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine	56	ALPHAGAN P	28
ABELCET	46	alprazolam	37
ABILITY MAINTENA	53	altavera	17
abiraterone acetate	47	ALUNBRIG	49
ABRYSCO	26	alyacen 1/35	17
acamprosate calcium dr	30	alyacen 7/7/7	17
acarbose	60	alyq	31
ACCUTANE	12	amabelz	17
acebutolol hcl	3	amantadine hcl	55
acebutolol hydrochloride	3	ambrisentan	31
acetaminophen/codeine	35	amethia	17
acetazolamide	4	amethia lo	17
acetazolamide er	28	amethyst	17
acetic acid	35	amikacin sulfate	37
acetic acid 0.25%	16	amiloride hcl	6
acitretin	12	amiloride/hydrochlorothiazide	4
ACTHIB	26	AMINOSYN II	58
ACTIMMUNE	24	AMINOSYN-PF	58
acyclovir	13	amiodarone hydrochloride	5
acyclovir	55	amitriptyline hcl	43
acyclovir sodium	55	amitriptyline hydrochloride	43
ADACEL	26	amlodipine besylate	3
ADBRY	23	amlodipine besylate/benazepril	4
adefovir dipivoxil	57	hydrochloride	
ADEMPAS	31	amlodipine besylate/valsartan	4
ADTHYZA	21	amlodipine/olmesartan medoxomil	4
afirmelle	17	ammonium lactate	12
AIMOVIG	1	amnesteem	12
AKEEGA	47	amoxapine	43
ALA-CORT	12	amoxicillin	39
albendazole	51	amoxicillin/clavulanate potassium	39
albuterol sulfate	33	amoxicillin/clavulanate potassium er	39
albuterol sulfate er	33	amphetamine/dextroamphetamine	9
albuterol sulfate hfa	33	amphotericin b	46
alclometasone dipropionate	12	amphotericin b liposome	46
ALCOHOL PREP PADS	34	ampicillin	39
ALDURAZYME	63	ampicillin sodium	39
ALECENSA	49	ampicillin/sulbactam	39
alendronate sodium	8	ampicillin-sulbactam	39
alfuzosin hcl er	15	anagrelide hydrochloride	59
ALINIA	51	anastrozole	49
aliskiren	4	ANORO ELLIPTA	30
		aprepitant	45
		APRETUDE	55
		APTIOM	41

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
APTIVUS	54	<i>aviane</i>	17
AREXVY	26	AVONEX	8
<i>arformoterol tartrate</i>	33	AVONEX PEN	8
<i>ariPIPrazole</i>	53	<i>ayuna</i>	17
<i>ariPIPrazole odt</i>	53	AYVAKIT	49
ARISTADA	53	<i>azathioprine</i>	25
ARISTADA INITIO	53	<i>azelaic acid</i>	12
<i>armodafinil</i>	11	<i>azelastine hcl</i>	28
ARMOUR THYROID	21	<i>azelastine hcl</i>	32
ARNURITY ELLIPTA	32	<i>azelastine hydrochloride</i>	32
ASCENIV	24	<i>azithromycin</i>	40
<i>asenapine maleate sl</i>	53	<i>aztreonam</i>	37
<i>ashlyna</i>	17	<i>azurette</i>	17
ASMANEX HFA	32	<i>bacitracin</i>	29
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	32	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	28
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	32	<i>baclofen</i>	1
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	32	BACTROBAN NASAL	13
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	32	BAFIERTAM	8
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	32	<i>balsalazide disodium</i>	7
<i>aspirin/dipyridamole</i>	59	BALVERSA	49
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	59	<i>balziva</i>	17
ASTAGRAF XL	25	BAQSIMI ONE PACK	61
<i>atazanavir</i>	54	BAQSIMI TWO PACK	61
<i>atazanavir sulfate</i>	54	BARACLUDE	57
<i>atenolol</i>	3	<i>bcg vaccine</i>	26
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	4	BD INSULIN SYRINGE	34
<i>atomoxetine</i>	10	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	10	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	34
<i>atorvastatin calcium</i>	6	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atovaquone</i>	52	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	34
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	52	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atropine sulfate</i>	28	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	34
ATROVENT HFA	32	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>aubra eq</i>	17	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	34
AUGMENTIN	39	FINE/29G X 12.7MM	
AUGTYRO	34	bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x	34
<i>aurovela 1.5/30</i>	17	6mm	
<i>aurovela 1/20</i>	17	<i>bekyree</i>	17
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	17	BELSOMRA	11
<i>aurovela fe 1/20</i>	17	<i>benazepril hcl</i>	7
AUSTEDO	11	<i>benazepril hydrochloride</i>	7
AUVELITY	43	<i>benazepril</i>	4
		<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
		BENLYSTA	23
		<i>benznidazole</i>	52
		<i>benztropine mesylate</i>	2
		BESIVANCE	29

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
BESREMI	47	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	43
<i>betaine anhydrous</i>	63	<i>buspirone hcl</i>	37
<i>betamethasone dipropionate</i>	13	<i>buspirone hydrochloride</i>	37
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	12	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	11
<i>betamethasone valerate</i>	13	BYDUREON BCISE	60
BETASERON	8	BYETTA	60
<i>betaxolol hcl</i>	3	CABENUVA	55
<i>betaxolol hcl</i>	28	<i>cabergoline</i>	22
<i>bethanechol chloride</i>	16	CABLIVI	59
<i>bexarotene</i>	51	CABOMETYX	49
BEXSERO	27	<i>calcipotriene</i>	12
<i>bicalutamide</i>	47	<i>calcitonin-salmon</i>	8
BICILLIN L-A	39	<i>calcitriol</i>	8
BIKTARVY	55	<i>calcium acetate</i>	57
<i>bisoprolol fumarate</i>	3	CALQUENCE	49
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>camila</i>	20
BIVIGAM	24	<i>camrese</i>	17
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	17	<i>camrese lo</i>	17
<i>blisovi fe 1/20</i>	17	<i>candesartan cilexetil</i>	5
BOOSTRIX	27	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	4
BOSULIF	49	CAPLYTA	53
BRAFTOVI	49	CAPRELSA	49
BREO ELLIPTA	30	<i>captopril</i>	7
BREZTRI AEROSPHERE	32	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>briellyn</i>	17	<i>carbamazepine</i>	42
BRILINTA	59	<i>carbamazepine er</i>	41
BRIMONIDINE TARTRATE	28	<i>carbidopa</i>	2
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	28	<i>carbidopa/levodopa</i>	2
<i>brinzolamide</i>	28	<i>carbidopa/levodopa er</i>	2
BRIVIACT	42	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2
<i>bromfenac sodium</i>	29	<i>carglumic acid</i>	58
<i>bromocriptine mesylate</i>	2	<i>carteolol hcl</i>	28
BRONCHITOL	30	<i>cartia xt</i>	3
BRUKINSA	49	<i>carvedilol</i>	3
<i>budesonide</i>	8	<i>caspofungin acetate</i>	46
<i>budesonide</i>	32	CAYSTON	31
<i>budesonide er</i>	7	<i>cefaclor</i>	38
<i>bumetanide</i>	6	<i>cefadroxil</i>	38
<i>buprenorphine</i>	35	CEFAZOLIN	38
<i>buprenorphine hcl</i>	30	<i>cefazolin sodium</i>	38
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	30	<i>cefdinir</i>	38
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	30	<i>cefpime</i>	38
<i>hydrochloride</i>		<i>cefpime hydrochloride</i>	38
<i>bupropion hcl</i>	43	<i>cefixime</i>	38
<i>bupropion hydrochloride</i>	43	<i>cefotaxime sodium</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	30	<i>cefotetan</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	43	<i>cefoxitin sodium</i>	38

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>cefpodoxime proxetil</i>	39	<i>clindamycin hcl</i>	38
<i>cefprozil</i>	39	<i>clindamycin hydrochloride</i>	38
<i>ceftazidime</i>	39	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	38
<i>ceftazidime/dextrose</i>	39	<i>clindamycin phosphate</i>	14
<i>ceftriaxone sodium</i>	39	<i>clindamycin phosphate</i>	38
<i>cefuroxime axetil</i>	39	<i>clobazam</i>	41
<i>cefuroxime sodium</i>	39	<i>clobetasol propionate</i>	13
<i>celecoxib</i>	36	<i>clobetasol propionate e</i>	13
<i>cephalexin</i>	39	<i>clomipramine hydrochloride</i>	43
<b>CERDELGA</b>	63	<i>clonazepam</i>	41
<i>chateal</i>	17	<i>clonazepam odt</i>	41
<i>chateal eq</i>	17	<i>clonidine</i>	5
<b>CHEMET</b>	57	<i>clonidine hydrochloride</i>	5
<i>chlorhexidine gluconate</i>	11	<i>clopidogrel</i>	59
<i>chloroquine phosphate</i>	52	<i>clorazepate dipotassium</i>	37
<i>chlorothiazide</i>	6	<i>clotrimazole</i>	46
<i>chlorpromazine hcl</i>	52	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	12
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	52	<b>CLOVIQUE</b>	57
<i>chlorthalidone</i>	6	<i>clozapine</i>	52
<b>CHOLBAM</b>	63	<i>clozapine odt</i>	52
<i>cholestyramine</i>	6	<b>COARTEM</b>	52
<i>cholestyramine light</i>	6	<i>colchicine</i>	7
<i>ciclodan</i>	13	<i>colesevelam hydrochloride</i>	6
<i>ciclopirox</i>	14	<i>colestipol hcl</i>	6
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	13	<i>colistimethate sodium</i>	38
<i>ciclopirox olamine</i>	13	<i>colocort</i>	8
<i>cidofovir</i>	55	<b>COLUMVI</b>	48
<i>cilostazol</i>	59	<b>COMBIGAN</b>	28
<b>CIMDUO</b>	56	<b>COMBIVENT RESPIMAT</b>	31
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	8	<b>COMETRIQ</b>	49
<b>CINRYZE</b>	24	<b>COMPLERA</b>	56
<b>CIPRO</b>	40	<i>compro</i>	45
<i>ciprofloxacin</i>	35	<i>constulose</i>	14
<i>ciprofloxacin</i>	40	<b>COPIKTRA</b>	49
<i>ciprofloxacin hcl</i>	40	<b>CORLANOR</b>	4
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	29	<i>cortisone acetate</i>	21
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	40	<b>COSENTYX</b>	23
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	40	<b>COSENTYX SENSOREADY PEN</b>	23
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	35	<b>COSENTYX UNOREADY</b>	23
<i>cisplatin</i>	46	<b>COTELIC</b>	49
<i>citalopram hydrobromide</i>	44	<b>CREON</b>	63
<i>claravis</i>	12	<i>cromolyn sodium</i>	28
<i>clarithromycin</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	33
<i>clarithromycin er</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	63
<b>CLENPIQ</b>	14	<i>cryselle-28</i>	17
<b>CLIMARA PRO</b>	17	<b>CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY</b>	34
<i>clindacin etz pledges</i>	38	<b>CUTAQUIG</b>	24

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
CUVITRU	24	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	29
<i>cyclafem 1/35</i>	17	DEXILANT	15
<i>cyclafem 7/7/7</i>	17	<i>dexlansoprazole</i>	15
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	63	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	10
<i>cyclophosphamide</i>	47	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	10
<i>cycloserine</i>	45	<i>dextrose 5%</i>	58
<i>cyclosporine</i>	25	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	58
<i>cyclosporine</i>	28	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	58
<i>cyclosporine modified</i>	25	DIACOMIT	41
CYLTEZO	25	<i>diazepam</i>	37
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	25	<i>diazepam intensol</i>	37
CROHNS DISEASE/UC/HS		<i>diazepam rectal gel</i>	41
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	25	<i>diazoxide</i>	61
PSORIASIS		<i>diclofenac potassium</i>	36
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	32	<i>diclofenac sodium</i>	12
CYSTAGON	63	<i>diclofenac sodium</i>	29
CYSTARAN	28	<i>diclofenac sodium</i>	36
<i>dalfampridine er</i>	8	<i>diclofenac sodium dr</i>	36
<i>danazol</i>	16	<i>diclofenac sodium er</i>	36
<i>dantrolene sodium</i>	1	<i>dicloxacillin sodium</i>	39
<i>dapsone</i>	45	<i>dicyclomine hcl</i>	15
DAPTACEL	27	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	15
<i>daptomycin</i>	38	DIFCID	40
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	38	<i>diflunisal</i>	36
<i>darunavir</i>	54	<i>digitek</i>	5
DARZALEX FASPRO	47	<i>digox</i>	5
<i>dasetta 1/35</i>	17	<i>digoxin</i>	5
<i>dasetta 7/7/7</i>	17	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1
DAURISMO	49	DILANTIN	42
<i>daysee</i>	17	<i>diltiazem hcl</i>	3
<i>deblitane</i>	20	<i>diltiazem hcl cd</i>	3
<i>deferasirox</i>	57	<i>diltiazem hcl er</i>	3
DELSTRIGO	56	<i>diltiazem hydrochloride</i>	3
<i>delyla</i>	17	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	3
<i>demecclocycline hcl</i>	40	<i>dilt-xr</i>	3
<i>demecclocycline hydrochloride</i>	40	<i>dimethyl fumarate</i>	8
DENGVAXIA	27	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	8
DEPO-PROVERA	20	<i>diphenhydramine hcl</i>	32
DEPO-SUBQ PROVERA 104	20	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	32
DESCOVY	56	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	14
<i>desipramine hydrochloride</i>	43	<i>sulfate</i>	
<i>desmopressin acetate</i>	16	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	27
<i>desogestrel/ethynodiol estradiol</i>	17	<i>pediatric</i>	
<i>desonide</i>	13	<i>disulfiram</i>	30
<i>desoximetasone</i>	13	<i>divalproex sodium</i>	41
<i>desvenlafaxine er</i>	44	<i>divalproex sodium dr</i>	41
<i>dexamethasone</i>	21	<i>divalproex sodium er</i>	41

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>dofetilide</i>	5	EMCYT	47
<i>dolishale</i>	17	EMGALITY	2
<i>donepezil hcl</i>	1	EMPAVELI	23
<i>donepezil hydrochloride</i>	1	EMSAM	43
DOPTELET	59	<i>emtricitabine</i>	56
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	28	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	56
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	28	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	56
DOTTI	17	EMTRIVA	56
DOVATO	55	<i>enalapril maleate</i>	7
<i>doxazosin mesylate</i>	15	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>doxepin hcl</i>	44	ENBREL	25
<i>doxepin hydrochloride</i>	44	ENBREL MINI	25
<i>doxy 100</i>	40	ENBREL SURECLICK	25
<i>doxycycline</i>	40	ENDARI	63
<i>doxycycline hyclate</i>	11	<i>endocet</i>	35
<i>doxycycline hyclate</i>	40	ENGERIX-B	27
<i>doxycycline monohydrate</i>	40	<i>enilloring</i>	17
<i>d-penamine</i>	16	ENJAYMO	23
DRIZALMA SPRINKLE	44	<i>enoxaparin sodium</i>	59
<i>dronabinol</i>	45	<i>enpresso-28</i>	18
DROXIA	47	<i>entacapone</i>	2
<i>droxidopa</i>	5	<i>entecavir</i>	57
DULERA	31	ENTRESTO	4
<i>duloxetine hydrochloride</i>	44	<i>enulose</i>	14
DUPIXENT	23	ENVARSUS XR	25
<i>dutasteride</i>	15	EPIDIOLEX	42
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	15	<i>epinephrine</i>	4
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	34	<i>epinephrine</i>	33
<i>ec-naproxen</i>	36	<i>epitol</i>	42
<i>econazole nitrate</i>	46	EPKINLY	48
EDARBI	5	<i>eplerenone</i>	6
EDARBYCLOR	4	<i>epoprostenol sodium</i>	31
EDURANT	56	EPRONTIA	42
<i>efavirenz</i>	56	<i>ergoloid mesylates</i>	1
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	56	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	56	ERIVEDGE	49
<i>effer-k</i>	58	ERLEADA	47
ELAPRASE	63	<i>erlotinib hydrochloride</i>	49
<i>elinest</i>	17	<i>errin</i>	20
ELIQUIS	59	<i>ertapenem</i>	39
ELIQUIS STARTER PACK	59	<i>ertapenem sodium</i>	39
ELLA	34	<i>ery</i>	14
ELMIRON	16	<i>erythromycin</i>	14
<i>eluryng</i>	17	<i>erythromycin</i>	29
		<i>erythromycin dr</i>	40
		<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40
		<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	12

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Ultima actualización: abril 2024

<b>Nombre del medicamento</b>		<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>		<b>Página</b>
<i>escitalopram oxalate</i>		44	<i>fingolimod hydrochloride</i>		8
<i>esomeprazole magnesium</i>		15	<i>FINTEPLA</i>		42
<i>estarryla</i>		18	<i>FIRMAGON</i>		22
<i>estradiol</i>		18	<i>FLAREX</i>		29
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>		18	<i>flecainide acetate</i>		5
<i>ESTRING</i>		18	<i>fluconazole</i>		46
<i>eszopiclone</i>		11	<i>fluconazole in dextrose</i>		46
<i>ethambutol hydrochloride</i>		45	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		46
<i>ethosuximide</i>		41	<i>flucytosine</i>		46
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>		18	<i>fludrocortisone acetate</i>		21
<i>etodolac</i>		36	<i>flunisolide</i>		32
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>		18	<i>fluocinolone acetonide</i>		13
<i>etravirine</i>		56	<i>fluocinolone acetonide body</i>		13
<i>EUCRISA</i>		13	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>		13
<i>EUTHYROX</i>		21	<i>fluocinolone acetonide topical</i>		13
<i>everolimus</i>		25	<i>fluocinonide</i>		13
<i>everolimus</i>		49	<i>fluorometholone</i>		29
<i>EVOTAZ</i>		54	<i>fluorouracil</i>		12
<i>EVRYSDI</i>		63	<i>fluoxetine hydrochloride</i>		44
<i>exemestane</i>		49	<i>fluphenazine decanoate</i>		52
<i>EXKIVITY</i>		49	<i>fluphenazine hcl</i>		52
<i>ezetimibe</i>		6	<i>fluphenazine hydrochloride</i>		52
<i>ezetimibe/simvastatin</i>		6	<i>flurbiprofen</i>		36
<i>FABRAZYME</i>		63	<i>flurbiprofen sodium</i>		29
<i>falmina</i>		18	<i>flutamide</i>		47
<i>famciclovir</i>		55	<i>fluticasone propionate</i>		13
<i>famotidine</i>		15	<i>fluticasone propionate</i>		32
<i>FANAPT</i>		53	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>		31
<b>FANAPT TITRATION PACK</b>		53	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>		31
<i>FARXIGA</i>		60	<i>fluvastatin</i>		6
<i>FARYDAK</i>		49	<i>fluvastatin sodium er</i>		6
<i>FASENRA</i>		31	<i>fluvoxamine maleate</i>		44
<b>FASENRA PEN</b>		31	<i>fondaparinux sodium</i>		59
<i>fayosim</i>		18	<i>formoterol fumarate</i>		33
<i>febuxostat</i>		7	<i>FORTEO</i>		8
<i>felbamate</i>		42	<i>fosamprenavir calcium</i>		54
<i>felodipine er</i>		3	<i>fosinopril sodium</i>		7
<i>femynor</i>		18	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>		4
<i>fenofibrate</i>		5	<i>FOTIVDA</i>		47
<i>fenofibrate micronized</i>		5	<i>FRAGMIN</i>		59
<i>fenofibric acid dr</i>		5	<i>FRUZAQLA</i>		49
<i>fentanyl</i>		35	<i>furosemide</i>		6
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>		35	<i>FUZEON</i>		54
<i>FETZIMA</i>		44	<i>FYAVOLV</i>		18
<b>FETZIMA TITRATION PACK</b>		44	<i>FYCOMPA</i>		42
<i>FINACEA</i>		12	<i>gabapentin</i>		41
<i>finasteride</i>		15	<i>galantamine hydrobromide</i>		1

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024

Última actualización: abril 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	61
GAMASTAN	24	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	61
GAMMAKED	24	GVOKE KIT	61
GAMUNEX-C	24	GVOKE PFS	61
<i>ganciclovir</i>	55	<i>hailey 1.5/30</i>	18
GARDASIL 9	27	<i>hailey fe 1.5/30</i>	18
<i>gatifloxacin</i>	29	<i>hailey fe 1/20</i>	18
<i>gavilyte-c</i>	14	<i>halobetasol propionate</i>	13
<i>gavilyte-g</i>	14	<i>haloette</i>	18
<i>gavilyte-h</i>	14	<i>haloperidol</i>	52
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	14	<i>haloperidol decanoate</i>	52
GAVRETO	48	<i>haloperidol lactate</i>	52
<i>gefitinib</i>	49	HAVRIX	27
GELNIQUE PUMP	16	<i>heather</i>	20
<i>gemfibrozil</i>	5	HEPAGAM B	24
GEMTESA	16	<i>heparin sodium</i>	59
<i>generlac</i>	14	HEPLISAV-B	27
<i>gengraf</i>	25	HIBERIX	27
GENOTROPIN	16	HIZENTRA	24
GENOTROPIN MINIQUICK	16	HUMALOG	61
<i>gentak</i>	29	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61
<i>gentamicin sulfate</i>	29	HUMALOG KWIKPEN	61
<i>gentamicin sulfate</i>	37	HUMALOG MIX 50/50	62
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	37	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	62
GENVOYA	55	HUMALOG MIX 75/25	62
GILOTrif	50	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	62
<i>glatiramer acetate</i>	8	HUMATIN	37
<i>GLEOSTINE</i>	47	HUMIRA	26
<i>glimepiride</i>	60	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	25
<i>glipizide</i>	60	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide er</i>	60	HUMIRA PEN	26
<i>glipizide xl</i>	60	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	25
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	60	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	25
<i>GLUCAGEN HYPOKIT</i>	61	STARTER PACK	
<i>glucagon emergency kit</i>	61	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	25
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	61	HUMULIN 70/30	62
LOW BLOOD SUGAR		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	62
<i>glyburide</i>	60	HUMULIN N	62
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	60	HUMULIN N KWIKPEN	62
<i>glycopyrrolate</i>	15	HUMULIN R	62
<i>GLYXAMBI</i>	60	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	62
<i>griseofulvin microsize</i>	46	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	62
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	46	<i>hydralazine hcl</i>	7
<i>guanfacine er</i>	10	<i>hydralazine hydrochloride</i>	7
<i>guanfacine hydrochloride</i>	5	<i>hydrochlorothiazide</i>	6
<i>guanfacine hydrochloride</i>	10	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	35
GUANIDINE HCL	2	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	35

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>hydrocortisone</i>	8	INQOVI	50
<i>hydrocortisone</i>	13	INREBIC	48
<i>hydrocortisone</i>	21	<i>insulin lispro</i>	62
<i>hydrocortisone valerate</i>	13	INTELENCE	56
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	35	INTRON A	24
<i>hydromorphone hcl</i>	35	<i>introvale</i>	18
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	36	INVEGA HAFYERA	53
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	35	INVEGA SUSTENNA	53
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	52	INVEGA TRINZA	53
<i>hydroxyurea</i>	47	INVIRASE	54
<i>hydroxyzine hcl</i>	32	IPOL INACTIVATED IPV	27
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	32	<i>ipratropium bromide</i>	33
<i>hydroxyzine pamoate</i>	37	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	31
HYPERHEP B	24	<i>irbesartan</i>	5
<i>ibandronate sodium</i>	8	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	4
IBRANCE	48	ISENTRESS	55
IBRANCE	50	ISENTRESS HD	55
<i>ibu</i>	36	ISONIAZID	45
<i>ibuprofen</i>	36	<i>isosorbide dinitrate</i>	7
<i>icatibant acetate</i>	24	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	4
<i>iclevia</i>	18	<i>hydrochloride</i>	
ICLUSIG	50	<i>isosorbide mononitrate</i>	7
<i>icosapent ethyl</i>	6	<i>isosorbide mononitrate er</i>	7
IDHIFA	48	<i>isotretinoin</i>	12
IGALMI	34	<i>isradipine</i>	3
ILARIS	23	ISTURISA	23
ILEVRO	29	<i>itraconazole</i>	46
<i>imatinib mesylate</i>	50	<i>ivermectin</i>	51
IMBRUVICA	50	IWILFIN	48
<i>imipenem/cilastatin</i>	40	IXCHIQ	27
<i>imipramine hcl</i>	44	IXIARO	27
<i>imipramine hydrochloride</i>	44	<i>jaimiess</i>	18
<i>imiquimod</i>	12	JAKAFI	50
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	27	<i>jantoven</i>	59
IMPAVIDO	38	JANUMET	60
INBRIJA	2	JANUMET XR	60
<i>incassia</i>	20	JANUVIA	60
INCRELEX	16	JARDIANC	60
INCRUSE ELLIPTA	33	JAVYGTOR	63
<i>indapamide</i>	6	JAYPIRCA	50
<i>indomethacin</i>	36	<i>jencycla</i>	20
<i>indomethacin er</i>	36	JENTADUETO	61
INFANRIX	27	JENTADUETO XR	61
INFLECTRA	26	<i>jinteli</i>	18
INFliximab	26	<i>jolessa</i>	18
INGREZZA	11	<i>jolivette</i>	20
INLYTA	50	JUBLIA	46

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024  
Ultima actualización: abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
JULUCA	56	LAGEVRI	34
<i>junel 1.5/30</i>	18	<i>lamivudine</i>	56
<i>junel 1/20</i>	18	<i>lamivudine</i>	57
<i>junel fe 1.5/30</i>	18	<i>lamivudine/zidovudine</i>	56
<i>junel fe 1/20</i>	18	<i>lamotrigine</i>	42
JYLAMVO	26	<i>lamotrigine er</i>	42
JYNNEOS	27	<i>lamotrigine odt</i>	42
KALYDECO	31	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	42
KANJINTI	47	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	42
KANUMA	63	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	42
<i>kariva</i>	18	<i>lamotrigine titration</i>	42
<i>kelnor 1/35</i>	18	LANREOTIDE ACETATE	22
<i>kelnor 1/50</i>	18	<i>lansoprazole</i>	15
KEPIVANCE	11	LANTUS	62
KERENDIA	4	LANTUS SOLOSTAR	62
KESIMPTA	9	<i>lapatinib ditosylate</i>	50
<i>ketoconazole</i>	46	<i>larin 1.5/30</i>	18
<i>ketorolac tromethamine</i>	29	<i>larin 1/20</i>	18
<i>ketorolac tromethamine</i>	36	<i>larin fe 1.5/30</i>	18
<i>kimidess</i>	18	<i>larin fe 1/20</i>	18
KINERET	23	<i>larissia</i>	18
KINRIX	27	<i>latanoprost</i>	30
<i>kionex</i>	57	<i>leflunomide</i>	26
KISQALI	50	<i>lenalidomide</i>	47
KISQALI FEMARA 200 DOSE	48	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	50
KISQALI FEMARA 400 DOSE	48	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	50
KISQALI FEMARA 600 DOSE	48	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	50
<i>klayesta</i>	46	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	50
KLISYRI	12	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	50
<i>klor-con</i>	58	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	50
<i>klor-con 10</i>	58	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	50
<i>klor-con 8</i>	58	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	50
<i>klor-con m10</i>	58	<i>lessina</i>	18
<i>klor-con m15</i>	58	<i>letrozole</i>	49
<i>klor-con m20</i>	58	<i>leucovorin calcium</i>	49
<i>klor-con sprinkle</i>	58	LEUKERAN	47
<i>klor-con/ef</i>	58	<i>leuprolide acetate</i>	22
KORLYM	21	<i>levalbuterol</i>	33
KOSELUGO	50	<i>levalbuterol hcl</i>	33
<i>kourzeq</i>	11	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	33
KRAZATI	48	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	33
<i>kurvelo</i>	18	LEVEMIR	62
KYNMOBI	2	LEVEMIR FLEXPEN	62
KYNMOBI TITRATION KIT	2	LEVEMIR FLEXTOUCH	62
<i>labetalol hydrochloride</i>	3	<i>levetiracetam</i>	42
<i>lacosamide</i>	42	<i>levetiracetam er</i>	42
<i>lactulose</i>	14	<i>levobunolol hcl</i>	28

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	32	<i>lubiprostone</i>	14
<i>levofloxacin</i>	29	LUMAKRAS	48
<i>levofloxacin</i>	40	LUMIGAN	30
<i>levofloxacin in d5w</i>	40	LUMIZYME	63
<i>levonest</i>	18	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	18	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	18	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	22
<i>levora 0.15/30-28</i>	18	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	22
LEVO-T	21	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	22
<i>levothyroxine sodium</i>	21	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	22
LEVOXYL	21	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	16
LEXIVA	54	<i>lurasidone hydrochloride</i>	53
lidocaine	37	<i>lutera</i>	19
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	11	LYBALVI	53
<i>lidocaine viscous</i>	11	<i>lyleq</i>	20
<i>lidocaine/prilocaine</i>	37	<i>lyllana</i>	19
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	37	LYNPARZA	50
<i>lillow</i>	18	LYSODREN	23
<i>linezolid</i>	38	LYTGOBI	48
LINZESS	14	LYUMJEV	62
<i>liothyronine sodium</i>	22	LYUMJEV KWIKPEN	62
<i>lisinopril</i>	7	<i>lyza</i>	20
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>magnesium sulfate</i>	58
<i>lithium</i>	30	<i>malathion</i>	14
<i>lithium carbonate</i>	30	<i>maprotiline hcl</i>	43
<i>lithium carbonate er</i>	30	<i>maraviroc</i>	54
LIVALO	6	<i>marlissa</i>	19
LIVTENCITY	55	MARPLAN	43
<i>lojaimiess</i>	19	MATULANE	47
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	33	<i>matzim la</i>	4
LONSURF	48	MAVYRET	55
<i>loperamide hcl</i>	14	MAYZENT	9
<i>lopinavir/ritonavir</i>	54	MAYZENT STARTER PACK	9
<i>lopreeza</i>	19	<i>meclizine hcl</i>	45
LOQTORZI	47	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20
<i>lorazepam</i>	37	<i>mefloquine hcl</i>	52
<i>lorazepam intensol</i>	37	<i>megestrol acetate</i>	20
LORBRENA	50	MEKINIST	50
<i>lorcet</i>	36	MEKTOVI	50
<i>lorcet hd</i>	36	meloxicam	36
<i>lorcet plus</i>	36	<i>memantine hcl titration pak</i>	1
<i>losartan potassium</i>	5	<i>memantine hydrochloride</i>	1
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>memantine hydrochloride er</i>	1
LOTEMAX SM	29	MENACTRA	27
<i>lovastatin</i>	6	MENEST	19
<i>low-ogestrel</i>	19	MENQUADFI	27
<i>loxapine</i>	52	MENVEO	27

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>mercaptopurine</i>	47	<i>mirtazapine odt</i>	43
<i>meropenem</i>	40	<i>misoprostol</i>	15
<i>mesalamine</i>	7	<i>M-M-R II</i>	27
<i>mesalamine dr</i>	7	<i>modafinil</i>	11
<i>mesalamine er</i>	7	<i>moexipril hcl</i>	7
<b>MESNEX</b>	49	<i>molindone hydrochloride</i>	52
<i>metformin hydrochloride</i>	61	<i>mometasone furoate</i>	13
<i>metformin hydrochloride er</i>	61	<i>mometasone furoate</i>	32
<i>methadone hcl</i>	35	<i>mondoxyne nl</i>	41
<i>methadone hydrochloride</i>	35	<i>mono-linyah</i>	19
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	35	<i>mononessa</i>	19
<i>methazolamide</i>	28	<i>montelukast sodium</i>	32
<i>methenamine hippurate</i>	38	<i>morgidox 1x100mg</i>	41
<i>methimazole</i>	23	<i>morgidox 2x100mg</i>	41
<i>methocarbamol</i>	63	<i>morphine sulfate</i>	36
<i>methotrexate</i>	26	<i>morphine sulfate er</i>	35
<i>methotrexate sodium</i>	26	<b>MOTEGRITY</b>	14
<i>methsuximide</i>	41	<b>MOUNJARO</b>	61
<i>methyldopa</i>	5	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	40
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	10	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	29
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	10	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	40
<i>methylprednisolone</i>	21	<b>MULTAQ</b>	5
<i>methylprednisolone dose pack</i>	21	<i>mupirocin</i>	14
<i>metoclopramide hcl</i>	14	<i>mycophenolate mofetil</i>	26
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	15	<i>mycophenolic acid dr</i>	26
<i>metolazone</i>	6	<i>myorisan</i>	12
<i>metoprolol succinate er</i>	3	<b>MYRBETRIQ</b>	16
<i>metoprolol tartrate</i>	3	<b>NABI-HB</b>	25
<i>metronidazole</i>	12	<i>nabumetone</i>	36
<i>metronidazole vaginal</i>	38	<i>nadolol</i>	3
<i>metyrosine</i>	4	<i>nafcillin sodium</i>	39
<i>mexiletine hcl</i>	5	<b>NAGLAZYME</b>	63
<i>microgestin 1.5/30</i>	19	<i>naloxone hcl</i>	30
<i>microgestin 1/20</i>	19	<i>naloxone hydrochloride</i>	30
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	19	<i>naltrexone hcl</i>	30
<i>microgestin fe 1/20</i>	19	<b>NAMZARIC</b>	1
<i>midodrine hcl</i>	5	<i>naproxen</i>	36
<i>mifepristone</i>	21	<i>naproxen sodium</i>	36
<i> miglustat</i>	63	<i>naratriptan hcl</i>	1
<i> mili</i>	19	<b>NATACYN</b>	29
<i> mimvey</i>	19	<i>nateglinide</i>	61
<i> mimvey lo</i>	19	<b>NAYZILAM</b>	42
<i> minocycline hcl</i>	41	<i>nebivolol</i>	3
<i> minocycline hydrochloride</i>	41	<i>nebivolol hydrochloride</i>	3
<i> minoxidil</i>	7	<i>necon 0.5/35-28</i>	19
<i> mirtazapine</i>	43	<i>necon 7/7/7</i>	19

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>nefazodone hydrochloride</i>	44	<i>nortrel 1/35</i>	19
<i>neomycin sulfate</i>	37	<i>nortrel 7/7/7</i>	19
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	28	<i>nortriptyline hcl</i>	44
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	29	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	44
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	28	<b>NORVIR</b>	54
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	29	<b>NOVOLIN 70/30</b>	62
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	29	<b>NOVOLIN 70/30 FLEXPEN</b>	62
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	35	<b>NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION</b>	62
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	35	<b>NOVOLIN 70/30 RELION</b>	62
<i>neo-polycin</i>	28	<b>NOVOLIN N</b>	62
<i>neo-polycin hc</i>	28	<b>NOVOLIN N FLEXPEN</b>	62
<b>NERLYNX</b>	50	<b>NOVOLIN N FLEXPEN RELION</b>	62
<b>NEULASTA</b>	60	<b>NOVOLIN N RELION</b>	62
<b>NEULASTA ONPRO KIT</b>	60	<b>NOVOLIN R</b>	62
<b>NEUPRO</b>	2	<b>NOVOLIN R FLEXPEN</b>	62
<i>nevirapine</i>	56	<b>NOVOLIN R FLEXPEN RELION</b>	62
<i>nevirapine er</i>	56	<b>NOVOLIN R RELION</b>	62
<b>NEXLETOL</b>	6	<b>NOVOLOG</b>	62
<b>NEXLIZET</b>	6	<b>NOVOLOG FLEXPEN</b>	62
<i>niacin er</i>	6	<b>NOVOLOG FLEXPEN RELION</b>	62
<b>NICOTROL NS</b>	30	<b>NOVOLOG MIX 70/30</b>	62
<i>nifedipine er</i>	3	<b>NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED</b>	62
<i>nilutamide</i>	47	<b>FLEXPEN</b>	
<i>nimodipine</i>	3	<b>NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION</b>	62
<b>NINLARO</b>	48	<b>NOVOLOG MIX 70/30 RELION</b>	62
<i>nitazoxanide</i>	52	<b>NOVOLOG PENFILL</b>	62
<i>nitisinone</i>	63	<b>NOVOLOG RELION</b>	62
<b>NITRO-BID</b>	7	<i>np thyroid 120</i>	22
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	38	<i>np thyroid 15</i>	22
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	38	<i>np thyroid 30</i>	22
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	38	<i>np thyroid 60</i>	22
<i>nitroglycerin</i>	7	<i>np thyroid 90</i>	22
<i>nitroglycerin</i>	15	<b>NUBEQA</b>	47
<i>nitroglycerin transdermal</i>	7	<b>NUCALA</b>	31
<b>NIVA THYROID</b>	22	<b>NUEDEXTA</b>	11
<i>nizatidine</i>	15	<b>NUPLAZID</b>	53
<i>nora-be</i>	21	<b>NURTEC</b>	2
<i>norethindrone</i>	21	<b>NUTRILIPID</b>	34
<i>norethindrone acetate</i>	21	<i>nyamyc</i>	46
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19	<i>nylia 1/35</i>	19
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	19	<i>nylia 7/7/7</i>	19
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	19	<b>NYMALIZE</b>	3
<i>norlyda</i>	21	<i>nymyo</i>	19
<i>norlyroc</i>	21	<i>nystatin</i>	46
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	19	<i>nystatin/triamcinolone</i>	12
		<i>nystop</i>	46

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
OCREVUS	9	<i>orphenadrine citrate er</i>	63
<i>octreotide acetate</i>	22	ORSERDU	48
ODEFSEY	56	<i>orsythia</i>	19
ODOMZO	50	<i>oseltamivir phosphate</i>	55
OFEV	31	OSMOLEX ER	2
<i>ofloxacin</i>	29	OSPHENA	16
<i>ofloxacin</i>	35	OTEZLA	12
OGSIVEO	48	OTEZLA	24
OJJAARA	50	<i>oxacillin sodium</i>	39
<i>olanzapine</i>	53	<i>oxaprozin</i>	36
<i>olanzapine odt</i>	53	OXBRYTA	60
<i>olmesartan medoxomil</i>	5	<i>oxcarbazepine</i>	42
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	4	OXLUMO	34
<i>olopatadine hcl</i>	28	<i>oxybutynin chloride</i>	16
<i>olopatadine hydrochloride</i>	28	<i>oxybutynin chloride er</i>	16
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	6	<i>oxycodone hydrochloride</i>	36
<i>omeprazole</i>	15	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	36
<i>omeprazole dr</i>	15	OZEMPIC	61
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	34	PACERONE	5
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	34	<i>paliperidone er</i>	53
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	34	PANRETIN	51
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	34	<i>pantoprazole sodium</i>	15
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	34	PANZYGA	25
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	34	<i>paricalcitol</i>	8
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	34	<i>paroex</i>	11
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	34	<i>paromomycin sulfate</i>	37
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	34	<i>paroxetine hcl</i>	44
<i>ondansetron hcl</i>	45	<i>paroxetine hydrochloride</i>	44
<i>ondansetron hydrochloride</i>	45	PASER	46
<i>ondansetron odt</i>	45	PAXLOVID	34
ONUREG	48	<i>pazopanib hydrochloride</i>	50
OPDUALAG	49	PEDIARIX	27
OPSUMIT	31	PEDVAX HIB	27
<i>oralone dental paste</i>	11	<i>peg 3350/electrolytes</i>	15
ORENCIA	23	<i>peg-3350/electrolytes</i>	15
ORENCIA	26	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	15
ORENCIA CLICKJECT	23	PEGANONE	42
ORENITRAM	32	PEGASYS	24
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	32	<i>pegylax</i>	14
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	32	PEMAZYRE	48
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	32	PENBRAYA	27
ORGOVYX	22	<i>penicillamine</i>	16
ORKAMBI	31	<i>penicillin g sodium</i>	39
		<i>penicillin v potassium</i>	39
		PENTACEL	27
		<i>pentamidine isethionate</i>	52
		<i>pentoxifylline er</i>	4

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024  
Ultima actualización: abril 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>perindopril erbumine</i>	7	<i>praziquantel</i>	51
<i>permethrin</i>	14	<i>prazosin hydrochloride</i>	3
<i>perphenazine</i>	52	<i>prednisolone</i>	21
<b>PERSERIS</b>	53	<i>prednisolone acetate</i>	30
<i>phenadoz</i>	45	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	21
<i>phenelzine sulfate</i>	43	<i>prednisone</i>	21
<i>phenobarbital</i>	41	<i>pregabalin</i>	9
<b>PHENYTEK</b>	42	<b>PREHEVBRIO</b>	27
<i>phenytoin</i>	42	<b>PREMARIN</b>	19
<i>phenytoin infatabs</i>	42	<i>premium lidocaine</i>	37
<i>phenytoin sodium extended</i>	42	<b>PREMPHASE</b>	19
<b>PHESGO</b>	48	<b>PREMPRO</b>	19
<i>philith</i>	19	<i>prenatal</i>	59
<b>PIFELTRO</b>	56	<i>prevalite</i>	6
<i>pilocarpine hcl</i>	28	<i>previfem</i>	19
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	11	<b>PREVYMIS</b>	55
<i>pimozone</i>	52	<b>PREZCOBIX</b>	54
<i>pimtrea</i>	19	<b>PREZISTA</b>	54
<i>pindolol</i>	3	<b>PRIFTIN</b>	46
<i>pioglitazone hcl</i>	61	<i>primaquine phosphate</i>	52
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	61	<i>primidone</i>	41
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	61	<b>PRIORIX</b>	27
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	39	<b>PRIVIGEN</b>	25
<b>PIQRAY 200MG DAILY DOSE</b>	50	<b>PROAIR RESPICLICK</b>	33
<b>PIQRAY 250MG DAILY DOSE</b>	50	<i>probenecid</i>	7
<b>PIQRAY 300MG DAILY DOSE</b>	50	<i>probenecid/colchicine</i>	7
<i>pirfenidone</i>	31	<i>prochlorperazine</i>	45
<i>pirmella 1/35</i>	19	<i>prochlorperazine edisylate</i>	45
<i>pirmella 7/7/7</i>	19	<i>prochlorperazine maleate</i>	45
<i>piroxicam</i>	36	<b>PROCRT</b>	60
<i>pitavastatin calcium</i>	6	<i>procto-med hc</i>	8
<b>PLENAMINE</b>	58	<i>proctosol hc</i>	8
<i>podofilox</i>	12	<i>proctozone-hc</i>	8
<i>polycin</i>	29	<i>progesterone</i>	21
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate</i>	29	<b>PROGRAF</b>	26
<b>POMALYST</b>	47	<b>PROLASTIN-C</b>	63
<i>portia-28</i>	19	<b>PROLENSA</b>	30
<i>posaconazole</i>	46	<b>PROLIA</b>	8
<i>posaconazole dr</i>	46	<b>PROMACTA</b>	60
<i>potassium chloride</i>	59	<i>promethazine hcl</i>	45
<i>potassium chloride er</i>	58	<i>promethazine hydrochloride</i>	45
<i>potassium chloride sr</i>	59	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	45
<i>potassium citrate er</i>	59	<i>promethegan</i>	45
<b>PRALUENT</b>	6	<i>propafenone hcl</i>	5
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	<i>propafenone hydrochloride er</i>	5
<i>prasugrel</i>	59	<i>propranolol hcl</i>	3
<i>pravastatin sodium</i>	6	<i>propranolol hcl er</i>	3

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>propranolol hydrochloride</i>	3	RETEVMO	48
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	RETROVIR IV INFUSION	56
<i>propylthiouracil</i>	23	REVCORI	63
PROQUAD	27	REVLIMID	47
<i>protriptyline hcl</i>	44	REXULTI	53
PULMOZYME	31	REYATAZ	54
PURIXAN	47	REZLIDHIA	50
<i>pyrazinamide</i>	46	REZUROCK	26
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	RHOPRESSA	28
<i>pyrimethamine</i>	52	<i>ribavirin</i>	55
PYRUKYND	60	<i>rifabutin</i>	45
PYRUKYND TAPER PACK	60	<i>rifampin</i>	46
QINLOCK	47	<i>riluzole</i>	11
QUADRACEL	27	RINVOQ	24
<i>quetiapine fumarate</i>	53	<i>risedronate sodium</i>	8
<i>quetiapine fumarate er</i>	53	<i>risedronate sodium dr</i>	8
<i>quinapril hydrochloride</i>	7	RISPERDAL CONSTA	53
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>risperidone</i>	54
<i>quinidine sulfate</i>	5	<i>risperidone er</i>	54
<i>quinine sulfate</i>	52	<i>risperidone odt</i>	54
QULIPTA	2	<i>ritonavir</i>	54
RABAVERT	27	<i>rivastigmine tartrate</i>	1
<i>rabeprazole sodium</i>	15	<i>rivastigmine transdermal system</i>	1
<i>raloxifene hydrochloride</i>	16	<i>rivelsa</i>	19
<i>ramelteon</i>	11	<i>rizatriptan benzoate</i>	1
<i>ramipril</i>	7	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1
<i>ranolazine er</i>	4	ROCKLATAN	29
<i>rasagiline mesylate</i>	2	<i>roflumilast</i>	34
RAYALDEE	8	ROLVEDON	60
REBETOL	55	<i>ropinirole er</i>	2
REBIF	9	<i>ropinirole hcl</i>	2
REBIF REBIDOSE	9	<i>ropinirole hydrochloride</i>	2
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	9	<i>rosadan</i>	12
REBIF TITRATION PACK	9	<i>rosuvastatin calcium</i>	6
RECOMBIVAX HB	27	ROTARIX	27
RECTIV	15	ROTATEQ	27
RELENZA DISKHALER	55	<i>roweepra</i>	42
RELISTOR	14	<i>roweepra xr</i>	42
REMICADE	26	ROZLYTREK	50
RENFLEXIS	26	RUBRACA	50
<i>repaglinide</i>	61	<i>rufinamide</i>	42
REPATHA	6	RUKOBIA	54
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	6	RUXIENCE	47
REPATHA SURECLICK	6	RYBELSUS	61
RESTASIS	29	RYDAPT	50
RESTASIS MULTIDOSE	29	RYTARY	2
RETACRIT	60	<i>sajazir</i>	24

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024  
Ultima actualización: abril 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
SANDIMMUNE	26	SOMAVERT	22
SANTYL	12	<i>sorafenib</i>	51
SAPHNELO	24	<i>sorafenib tosylate</i>	51
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	63	<i>sorine</i>	5
SAVELLA	9	<i>sotalol hcl</i>	5
SAVELLA TITRATION PACK	9	<i>sotalol hydrochloride</i>	5
SCEMBLIX	48	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	5
<i>scopolamine</i>	45	SPIRIVA HANDIHALER	33
SECUADO	54	SPIRIVA RESPIMAT	33
<i>selegiline hcl</i>	2	<i>spironolactone</i>	6
<i>selenium sulfide</i>	13	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	4
SELZENTRY	54	SPRAVATO 56MG DOSE	43
SEREVENT DISKUS	33	SPRAVATO 84MG DOSE	43
<i>sertraline hcl</i>	44	<i>sprintec</i> 28	20
<i>sertraline hydrochloride</i>	44	SPRITAM	42
<i>setlakin</i>	20	SPRYCEL	51
<i>sevelamer carbonate</i>	57	<i>sps</i>	57
SFROWASA	7	<i>sronyx</i>	20
<i>sharobel</i>	21	<i>ssd</i>	12
SHINGRIX	27	STAMARIL	27
SIGNIFOR	22	<i>stavudine</i>	56
SIGNIFOR LAR	22	STELARA	24
<i>sildenafil citrate</i>	32	STIOLTO RESPIMAT	31
<i>silodosin</i>	16	STIVARGA	51
<i>silver sulfadiazine</i>	12	STRENSIQ	63
SIMBRINZA	29	<i>streptomycin sulfate</i>	37
<i>simliya</i>	20	STRIBILD	56
<i>simpesse</i>	20	<i>subvenite</i>	42
<i>simvastatin</i>	6	<i>subvenite starter kit/blue</i>	43
<i>sirolimus</i>	26	<i>subvenite starter kit/green</i>	43
SIRTURO	46	<i>subvenite starter kit/orange</i>	43
SKYCLARYS	34	SUCRAID	63
SKYRIZI	24	<i>sucralfate</i>	15
SKYRIZI PEN	24	<i>sulfacetamide sodium</i>	29
<i>sodium chloride</i>	59	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	29
<i>sodium chloride 0.45%</i>	59	<i>phosphate</i>	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	34	<i>sulfadiazine</i>	40
<i>sodium oxybate</i>	11	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	40
<i>sodium phenylbutyrate</i>	63	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	40
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57	<i>sulfasalazine</i>	7
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	15	<i>sulindac</i>	36
sofosbuvir/velpatasvir	55	<i>sumatriptan</i>	1
<i>solifenacin succinate</i>	16	<i>sumatriptan succinate</i>	1
SOLIQUA 100/33	61	<i>sunitinib malate</i>	51
SOLTAMOX	47	SUNLENCA	54
SOMATULINE DEPOT	22	SUTAB	15
		SYMPAZAN	41

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024  
Ultima actualización: abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SYMTUZA	54	THALOMID	47
SYNAGIS	25	<i>theophylline er</i>	34
SYNJARDY	61	<i>thioridazine hcl</i>	52
SYNJARDY XR	61	<i>thiothixene</i>	52
SYNRIBO	48	THYROID	22
SYNTHROID	22	THYROLAR-1	22
TABLOID	47	THYROLAR-1/2	22
TABRECTA	47	THYROLAR-1/4	22
<i>tacrolimus</i>	13	THYROLAR-2	22
<i>tacrolimus</i>	26	THYROLAR-3	22
<i>tadalafil</i>	16	<i>tiagabine hydrochloride</i>	41
<i>tadalafil</i>	32	TIBSOVO	51
TAFINLAR	51	TICOVAC	28
TAGRISSO	51	<i>timolol maleate</i>	28
TALZENNA	51	<i>tinidazole</i>	38
<i>tamoxifen citrate</i>	47	<i>tiotropium bromide</i>	33
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	16	TIVICAY	56
<i>tarina fe 1/20</i>	20	TIVICAY PD	56
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	20	<i>tizanidine hcl</i>	1
TASIGNA	51	<i>tizanidine hydrochloride</i>	1
<i>tazarotene</i>	12	TOBI PODHALER	31
TAZICEF	39	TOBRADEX	29
<i>taztia xt</i>	4	TOBRADEX ST	29
TAZVERIK	48	<i>tobramycin</i>	29
TDVAX	27	<i>tobramycin</i>	31
TEFLARO	39	<i>tobramycin sulfate</i>	37
TEGSEDI	63	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	29
<i>telmisartan</i>	5	<i>tolazamide</i>	61
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>tolterodine tartrate</i>	16
<i>temazepam</i>	11	<i>tolterodine tartrate er</i>	16
TEMIXYS	56	<i>topiramate</i>	43
TENIVAC	28	<i>toremifene citrate</i>	47
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	57	<i>torsemide</i>	6
TEPMETKO	51	TOUJEO MAX SOLOSTAR	62
<i>terazosin hcl</i>	3	TOUJEO SOLOSTAR	62
<i>terazosin hydrochloride</i>	3	TRADJENTA	61
<i>terbinafine hcl</i>	46	<i>tramadol hydrochloride</i>	36
<i>terconazole</i>	46	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	36
<i>teriparatide</i>	8	<i>trandolapril</i>	7
<i>testosterone</i>	17	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	4
<i>testosterone cypionate</i>	16	<i>tranexamic acid</i>	59
<i>testosterone enanthate</i>	16	<i>tranylcypromine sulfate</i>	43
<i>testosterone pump</i>	17	TRAZIMERA	47
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	28	<i>trazodone hydrochloride</i>	44
<i>tetrabenazine</i>	11	TRECATOR	46
<i>tetracycline hydrochloride</i>	41	TRELEGY ELLIPTA	31

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
TRELSTAR MIXJECT	23	TYBOST	54
TRESIBA	62	TYMLOS	8
TRESIBA FLEXTOUCH	62	TYPHIM VI	28
<i>tretinoïn</i>	12	TYRVAYA	34
<i>tretinoïn</i>	51	TYSABRI	9
<i>tri-femynor</i>	20	UBRELVY	2
<i>triamcinolone acetonide</i>	13	UDENYCA	60
<i>triamcinolone acetonide</i>	21	UDENYCA ONBODY	60
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	11	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	34
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	35
<i>triderm</i>	13	UNITROID	22
<i>trientine hydrochloride</i>	57	<i>urea</i>	12
<i>tri-estarrylla</i>	20	<i>ursodiol</i>	15
<i>trifluoperazine hcl</i>	52	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	55
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	52	VALCHLOR	47
<i>trifluridine</i>	29	<i>valganciclovir</i>	55
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	55
TRIJARDY XR	61	<i>valproic acid</i>	30
TRIKAFTA	31	<i>valsartan</i>	5
<i>tri-linyah</i>	20	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>trilyte</i>	15	VALTOCO 10 MG DOSE	41
<i>trimethoprim</i>	38	VALTOCO 15 MG DOSE	41
<i>tri-mili</i>	20	VALTOCO 20 MG DOSE	41
<i>trimipramine maleate</i>	44	VALTOCO 5 MG DOSE	41
<i>trinessa</i>	20	<i>vancomycin hcl</i>	38
TRINTELLIX	44	<i>vancomycin hydrochloride</i>	38
<i>tri-nymyo</i>	20	VANFLYTA	51
<i>tri-previfem</i>	20	VAQTA	28
TRIPTODUR	23	<i>varenicline starting month box</i>	30
<i>tri-sprintec</i>	20	<i>varenicline tartrate</i>	30
TRIUMEQ	57	VARIVAX	28
TRIUMEQ PD	57	<i>VARIZIG</i>	25
<i>trivora-28</i>	20	<i>VAXELIS</i>	28
<i>tri-vylibra</i>	20	VELPHORO	57
TRIZIVIR	57	<i>VELTASSA</i>	57
TROGARZO	54	VENCLEXTA	51
<i>trospium chloride</i>	16	<i>VENCLEXTA STARTING PACK</i>	51
<i>trospium chloride er</i>	16	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	45
TRULICITY	61	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	45
TRUMENBA	28	VENTAVIS	32
TRUQAP	51	<i>VEOPOZ</i>	24
TRUSELTIQ	48	<i>verapamil hcl</i>	4
TUKYSA	48	<i>verapamil hcl er</i>	4
<i>tulana</i>	21	<i>verapamil hcl sr</i>	4
TURALIO	51	<i>verapamil hydrochloride</i>	4
<i>turqoz</i>	20	<i>verapamil hydrochloride er</i>	4
TWINRIX	28	VERQUVO	7

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024  
Ultima actualización: abril 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VERSACLOZ	53	XELJANZ XR	24
VERZENIO	51	XEMBIFY	25
V-GO 20	35	XERMELO	14
V-GO 30	35	XGEVA	8
V-GO 40	35	XIFAXAN	15
<i>vicodin hp</i>	36	XIGDUO XR	61
VIDEX EC	57	XIIDRA	29
VIDEX PEDIATRIC	57	XOFLUZA	55
<i>vienna</i>	20	XOLAIR	24
<i>vigabatrin</i>	41	XOSPATA	51
<i>vigadron</i>	41	XPOVIO	48
<i>vigpoder</i>	41	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	48
VIIBRYD STARTER PACK	45	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	48
<i>vilazodone hydrochloride</i>	45	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	48
VIMIZIM	63	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	48
<i>viorele</i>	20	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	48
VIRACEPT	54	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	48
VIREAD	57	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	48
VISTOGARD	35	XTAMPZA ER	35
VITRAKVI	51	XTANDI	47
VIVITROL	30	<i>yargesa</i>	63
VIZIMPRO	51	YF-VAX	28
VOCABRIA	56	YUFLYMA 1-PEN KIT	26
<i>volnea</i>	20	YUFLYMA 2-PEN KIT	26
VONJO	48	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	26
<i>voriconazole</i>	46	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	26
VOSEVI	55	YUPELRI	33
VOTRIENT	51	<i>yuvafem</i>	20
VOWST	15	<i>zafirlukast</i>	32
VRAYLAR	54	<i>zaleplon</i>	11
VUMERTY	9	ZARXIO	60
<i>vyfemla</i>	20	ZEJULA	51
VYJUVEK	35	ZELBORAF	51
<i>vylibra</i>	20	<i>zenatane</i>	12
VYNDAMAX	5	ZENPEP	63
VYVGART HYTRULO	24	ZEPOSIA	9
VYZULTA	30	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	9
<i>warfarin sodium</i>	59	ZEPOSIA STARTER KIT	9
WELIREG	51	<i>zidovudine</i>	57
<i>wera</i>	20	<i>ziprasidone hcl</i>	54
<i>wixela inhub</i>	31	<i>ziprasidone mesylate</i>	54
XALKORI	51	ZIRGAN	29
XARELTO	59	ZOKINVY	63
XARELTO STARTER PACK	59	ZOLINZA	49
XATMEP	26	<i>zolmitriptan</i>	1
XCOPRI	43	<i>zolpidem tartrate</i>	11
XELJANZ	24	<i>zolpidem tartrate er</i>	11

ID de formulario: 24519, Versión: 10, Fecha efectiva: 05/01/2024  
Ultima actualización: abril 2024

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
ZONISADE	42
<i>zonisamide</i>	42
<i>zovia 1/35</i>	20
<i>zovia 1/35e</i>	20
ZTALMY	11
ZURZUVAE	43
ZYDELIG	51
ZYKADIA	51
ZYLET	29
ZYPREXA RELPREVV	54

Se dejó en blanco de manera intencional

Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Brindamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información redactada en otros idiomas. Si necesita estos servicios llame al **1-800-446-8331 (TTY: 711)**.

**Español:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-446-8331 (TTY: 711)**.

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' ánida' áwo' dęę́, t'áá jiik'eh, éí ná hólǫ́, kojí hódíílnih **1-800-446-8331 (TTY: 711)**.

BCBSAZ ofrece planes BlueJourney PPO Medicare Advantage. BCBSAZ Advantage, una subsidiaria independiente, pero de propiedad plena de BCBSAZ, ofrece los planes Blue Best Life Classic y Plus HMO.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

## 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331。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 1-800-446-8331。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331 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 1-800-446-8331. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-446-8331 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

**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 1-800-446-8331. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجمي المفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا.  
للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331 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 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. 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 1-800-446-8331. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の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ございます。通訳をご用命になるには、1-800-446-8331 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'áá hait'éego da ats'iis baa'áhayá doodago azee' aanídaa'nií nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bqáh na'ídikid nee hólóqgo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíík'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjj' 1-800-446-8331 nihich'j' hodíílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yálti'ígíí ta' niká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíík'eh bee niká'iilyeed dooleet.

Se dejó en blanco de manera intencional

## NOTAS

## NOTAS

## NOTAS

Esta lista de medicamentos se actualizó el 04/22/2024.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro de AZ Blue al:



**480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331**  
(los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre; y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo



o visite [azblue.com/medicare](http://azblue.com/medicare)



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association