

CCA Medicare Maximum

(HMO D-SNP)

Lista de medicamentos cubiertos 2024 (Farmacopea)



**LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente de Farmacia de CCA Health Michigan al 844-705-7498 (TTY 711). Nuestro horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede visitar visitccahealthmi.org.

H9861_24_LOCD2_C | noviembre 2024 | ID de la farmacopea 24066, versión número 18

Actualizado el 10/01/2024



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) | Lista de medicamentos cubiertos 2024 (Farmacopea)

Introducción

Este documento se denomina **Lista de medicamentos cubiertos** (también conocida como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos recetados y productos que no son medicamentos están cubiertos por CCA Medicare Maximum. La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones especiales sobre cualquier medicamento cubierto por CCA Medicare Maximum.

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 contraportada. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la **Evidencia de cobertura**.

Índice

A. Exención de responsabilidad.....	13
B. Preguntas frecuentes	18
B1. ¿Qué medicamentos recetados se encuentran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, llamamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la “Lista de medicamentos”).....	18
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?.....	18
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?	20
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna medida requerida que se deba tomar para obtener ciertos medicamentos?	21
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay que tomar medidas para obtener el medicamento?.....	22
B6. ¿Qué sucede si CCA Medicare Maximum cambia sus reglas con respecto a la forma en que cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada)?	22



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	22
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	24
B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de CCA Medicare Maximum y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?	24
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	25
B11. ¿Puedo solicitar una excepción?.....	26
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	26
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	27
B14. ¿CCA Medicare Maximum cubre los suministros a largo plazo de medicamentos recetados?	27
B15. ¿Mi farmacia local puede entregarme los medicamentos recetados a mi casa?	27
B16. ¿Cuál es mi copago?	27
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	27
C1. Lista de medicamentos por enfermedad	28
D. Índice de medicamentos cubiertos	28
Agentes antidemencia.....	31
Agentes antidemencia, otros	31
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)	31
Inhibidores de la colinesterasa	31
Agentes antiespásticos	31
Agentes antiespásticos.....	31
Agentes antiplaquetarios	31
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)	31



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Alcaloides del cornezuelo.....	31
Profiláctico.....	31
Agentes antimiasmáticos	32
Parasimpaticomiméticos.....	32
Agentes antiparkinsonianos	32
Agentes antiparkinsonianos, otros.....	32
Agonistas de la dopamina	32
Anticolinérgicos	32
Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)	32
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos	32
Agentes cardiovasculares	32
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa.....	32
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta.....	33
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas	33
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas	33
Agentes cardiovasculares, otros.....	34
Agonistas adrenérgicos alfa	35
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II	35
Antiarrítmicos	35
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico	35
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa	36
Dislipidémicos, otros	36
Diuréticos, ahorrador de potasio.....	36
Diuréticos, evacuación	36



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Diuréticos, tiazida	36
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)	37
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso	37
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial	37
Agentes de antigout	37
Agentes de antigout	37
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	37
Aminosalicilatos	37
Glucocorticoides	38
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	38
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	38
Agentes del sistema nervioso central	38
Agentes de esclerosis múltiple	38
Agentes de fibromialgia	39
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas	40
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas	41
Sistema nervioso central, otros	41
Agentes del trastorno del sueño	42
Agentes estimulantes de insomnio	42
Agentes somníferos	42
Agentes dentales y orales	42
Agentes dentales y orales	42
Agentes dermatológicos	43
Agentes dermatológicos, otros	43



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Agentes desencadenantes de acné y rosácea	43
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito	44
Antiinfecciosos tópicos	44
Pediculicidas/escabicidas	45
Agentes gastrointestinales	45
Agentes antidiarreicos	45
Agentes antiestreñimiento	45
Agentes gastrointestinales, otros	45
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)	46
Antiespasmódicos, gastrointestinal.....	46
Inhibidores de la bomba de protones.....	46
Protectores	46
Agentes genitourinarios	46
Agentes de hiperplasia benigna de próstata	46
Agentes genitourinarios, otros	47
Antiespasmódicos, urinario	47
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)	47
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	47
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	47
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos.....	47
Andrógenos.....	48
Estrógenos	48
Progestinas	52



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)	52
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)	52
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	52
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal).....	53
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides).....	53
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	53
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis).....	53
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)	53
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal).....	54
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)	54
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)	54
Agentes antitiroideos	54
Agentes inmunológicos	54
Agentes inmunológicos, otros.....	54
Agentes para angioedema	55
Inmunoestimulantes	55
Inmunoglobulinas	56
Inmunosupresores.....	56
Vacunas	58
Agentes oftálmicos.....	59
Agentes oftálmicos antialérgicos	59
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos.....	60
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros	60
Agentes oftálmicos, otros	60



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Antiinfecciosos oftálmicos	61
Antiinflamatorios oftálmicos	61
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas.....	61
Agentes para la bipolaridad.....	61
Estabilizadores del estado de ánimo	61
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	62
Agentes para dejar de fumar	62
Agentes que revierten los opioides.....	62
Dependencia de opioides	62
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo	62
Agentes para vías respiratorias/pulmonares	62
Agentes del tracto respiratorio, otros	62
Agentes para fibrosis pulmonar	63
Agentes para fibrosis quística.....	63
Antihipertensivos pulmonares.....	63
Antihistamínicos	64
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados	64
Antileucotrienos.....	64
Broncodilatadores, anticolinérgicos	65
Broncodilatadores, simpaticomimético	65
Estabilizadores de mastocitos	66
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias	66
Agentes Terapéuticos, Misceláneos.....	66
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	66



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Agentes óticos	67
Agentes óticos.....	67
Analgésicos	67
Analgésicos opioides, de acción prolongada	67
Analgésicos opioides, de acción rápida.....	68
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos	68
Anestésicos	69
Anestésicos locales.....	69
Ansiolíticos.....	69
Ansiolíticos, otros	69
Benzodiazepinas	70
Antibacterianos	70
Aminoglicósidos	70
Antibacterianos, otros.....	70
Betalactámico, cefalosporinas	71
Betalactámico, penicilinas	72
Carbapenemas.....	72
Macrólidos.....	72
Quinolonas.....	73
Sulfonamidas	73
Tetraciclinas	73
Anticonvulsivos	74
Agentes de aumento de ácido y-aminobutírico (GABA).....	74
Agentes de modificación de los canales de calcio	74



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Agentes para los canales de sodio	74
Anticonvulsivos, otros	75
Antidepresivos	76
Antidepresivos, otros	76
Inhibidores de la monoaminoxidasa	76
Tricíclicos	76
Antidepressants	77
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor	77
Antieméticos	78
Adyuvantes para terapia emetogénica	78
Antieméticos, otros	78
Antimicobacterianos.....	78
Antimicobacterianos, otros	78
Antituberculosos.....	78
Antimicóticos.....	79
Antimicóticos	79
Antineoplásicos.....	80
Agentes alquilantes	80
Agentes antiangiogénicos	80
Antiandrogénicos.....	80
Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco	80
Antiestrógenos/modificadores	80
Antimetabolitos.....	81



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Antineoplásicos, otros	81
Antineoplásicos	82
Complementos del tratamiento.....	82
Inhibidores de enzimas.....	82
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación	82
Inhibidores moleculares dirigidos	82
Retinoides	85
Antiparasitarios	85
Antihelmínticos.....	85
Antiprotozoico	85
Antipsicóticos.....	86
Primera generación/típico.....	86
Resistente al tratamiento.....	86
Segunda generación/atípico.....	86
Antivírico.....	88
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)	88
Agentes anti-VIH, otros	88
Agentes anticitomegalovirus (CMV).....	88
Agentes antigripales.....	89
Agentes antihepatitis C (VHC).....	89
Agentes antiherpéticos.....	89
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)	89
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)	90



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN).....	90
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)	91
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas.....	91
Aglutinantes de potasio	91
Modificadores de electrolitos/minerales/metales.....	91
Quelantes de fosfato	91
Reemplazo de electrolitos/minerales	91
Vitaminas	93
Productos y modificadores sanguíneos.....	93
Agentes homeostáticos	93
Agentes modificadores de plaquetas.....	93
Anticoagulantes.....	93
Productos y modificadores sanguíneos, otros	93
Reguladores de la glucemia.....	94
Agentes antidiabéticos	94
Agentes antiglucémicos.....	95
Insulinas	96
Relajantes musculares esqueléticos	97
Relajantes musculares esqueléticos.....	97
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	97
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento.....	97



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

A. Exención de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en CCA Medicare Maximum.


- ❖ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- ❖ Cuando en esta lista de medicamentos (farmacopea) se utilizan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a CCA Health Michigan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP).
- ❖ En el estado de Michigan, CCA Health Michigan, Inc. opera como CCA Health Michigan.
- ❖ La Lista de medicamentos cubiertos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de CCA Medicare Maximum en línea en ccahealthmi.org, o bien, llamando a Servicios al Miembro al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios al Miembro al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes).
Las llamadas son gratuitas.
- ❖ Conservaremos en nuestros archivos su solicitud de formatos alternativos y lenguaje especial



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

para el envío de futuros correos. Comuníquese con Servicios al Miembro para cambiar su solicitud de idioma o formato preferidos.

- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-959-5855 (TTY 711), de 8am a 8pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8pm, de lunes a viernes). La llamada es gratis.

 **Si tiene preguntas**, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

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 1-855-959-5855 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish (Español): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). 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 1-855-959-5855 (TTY 711)。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 1-855-959-5855 (TTY 711)。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 (Tagalog – Filipino): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French (Français): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese (Tiếng Việt): 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 1-855-959-5855 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German (Deutsch): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-959-5855 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean (한국어): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-959-5855 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian (Русский): 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 1-855-959-5855 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic (العربية): إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-959-5855 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi (हिंदी): 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 1-855-959-5855 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian (Italiano): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-959-5855 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese (Português): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole (Kreyòl Ayisyen): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish (Polski): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese (日本語): 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-959-5855 (TTY 711) 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。

Gujarati (ગુજરાતી): અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-855-959-5855 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian (ລາວ):

ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-959-5855 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian (ខ្មែរ): យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-855-959-5855 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Aviso de no discriminación

CCA Health Michigan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. CCA Health Michigan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator).

Si cree que CCA Health Michigan no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por motivo de su afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede interponer un reclamo ante:

OptumRx Civil Rights Coordinator
11000 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Teléfono: 1-800-562-6223 (TTY 711)
Fax: 855-351-5495
Correo electrónico: optum_civil_rights@optum.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios para quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y una respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados se encuentran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* la “Lista de medicamentos”).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 31 son los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Maximum. Los medicamentos están disponibles en farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia forma parte de nuestra red si tenemos un acuerdo para trabajar conjuntamente y brindarle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”. Los medicamentos recetados incluidos en esta Lista de medicamentos cubiertos están cubiertos por CCA Medicare Maximum.

- CCA Medicare Maximum cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios de la Lista de medicamentos si se cumplen estas condiciones:
 - su médico u otra persona que extienda la receta indican que usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable;
 - CCA Medicare Maximum acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted; **y**
 - usted surte la receta en una farmacia de la red de CCA Medicare Maximum.
- En algunos casos, debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web ccahealthmi.org, o bien, puede llamar a Servicios al Miembro al 855-959-5855 (TTY 711).

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y CCA Medicare Maximum debe seguir las reglas de Medicare y Medicaid al realizar cambios. Podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir requerir o no requerir aprobación previa para un medicamento. (La autorización previa es el permiso de CCA Medicare Maximum antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada para un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento durante **el resto del año**, a menos que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- se lance al mercado un medicamento nuevo y más económico que sea tan eficaz como un medicamento incluido ahora en la Lista de medicamentos; •
- descubramos que un medicamento no es seguro; •
- se retire el medicamento del mercado.

Las preguntas B3y B6 que constan a continuación contienen más información sobre lo que sucede cuando la Lista de medicamentos cambia.

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de CCA Medicare Maximum en línea en ccahealthmi.org
- También puede llamar a Servicios al Miembro al 855-959-5855 (TTY 711) para consultar la Lista de medicamentos actual.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se producirán de **inmediato**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico entra al mercado y funciona tan bien como un medicamento de marca en la Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento para usted seguirá siendo \$0. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) indica que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo informaremos. Para reemplazar el medicamento que se retira del mercado, comuníquese con su proveedor de atención médica. Su proveedor emitirá una receta para un nuevo medicamento que reemplace el medicamento que se retira del mercado.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían ocurrir bajo las siguientes circunstancias:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
- Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos ○
- Cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio a la Lista de medicamentos ○
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que extienda la receta. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar ○
- Solicitar o no una excepción a estos cambios. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna medida requerida que se deba tomar para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en el monto que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona que extienda la receta deben hacer algo antes de que usted pueda recibir el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que extienda la receta deben obtener autorización de CCA Medicare Maximum antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente de una derivación. Si no obtiene autorización previa, es posible que CCA Medicare Maximum no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** en ocasiones, CCA Medicare Maximum limita la cantidad que puede obtener.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

- **Terapia escalonada:** en ciertas circunstancias, CCA Medicare Maximum requiere que usted realice una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para su enfermedad. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no funciona para usted, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando las tablas que comienzan en la página 31. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web ccahealthmi.org. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que extienda la receta. Pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en lugar de solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay que tomar medidas para obtener el medicamento?

La tabla de la Lista de medicamentos por enfermedad en la página 31 tiene una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si CCA Medicare Maximum cambia sus reglas con respecto a la forma en que cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos las restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y sobre las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuándo cambian nuestras reglas sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar alfabéticamente por el nombre del medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

- Puede buscar por enfermedad.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección “Índice de medicamentos cubiertos”. Puede encontrarlo en la página 99. El Índice incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre 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.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por enfermedad” en la página 31. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de enfermedad para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad cardíaca, debe buscar en la categoría: “Agentes cardiovasculares”. Allí es donde encontrará medicamentos que tratan enfermedades cardíacas.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro al 855-959-5855 (TTY 711) y pregunte al respecto. Si se entera de que CCA Medicare Maximum no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Solicite a Servicios al Miembro una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego muéstrole la lista a su médico o a otra persona que extienda la receta. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que es como el que usted desea tomar. **O bien,**
- Puede solicitar a CCA Medicare Maximum que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de CCA Medicare Maximum y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarlo. Es posible que cubramos un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante sus primeros 90 días como miembro de CCA Medicare Maximum. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que extienda la receta. Pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en lugar de solicitar una excepción.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Si su receta se emitió por menos días, permitiremos múltiples resurtidos para brindar un suministro máximo de hasta 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento en las siguientes situaciones:

- está tomando un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de medicamentos;
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona que le extienda la receta;
- el medicamento requiere autorización previa de CCA Medicare Maximum; o
- está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si se encuentra en un asilo de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos; o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si ha estado en el plan durante más de 90 días y vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), independientemente de que sea o no un nuevo miembro de CCA Medicare Maximum.
- Esto se suma al suministro temporal durante sus primeros 90 días como miembro de CCA Medicare Maximum.

Proporcionaremos un suministro de transición de, al menos, 31 días (a menos que la receta indique menos días) para todos los medicamentos que no estén en la farmacopea, incluidos aquellos que puedan tener requisitos de tratamiento escalonado o autorización previa para un cambio en el nivel de cuidado que no fue previsto. Una transición de nivel de cuidado que no fue prevista podría ser cualquiera de las siguientes:

- un alta o ingreso a un centro de cuidado a largo plazo;
- un alta o ingreso a un hospital; o
- un cambio de nivel especializado en un centro de enfermería.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Sí. Puede solicitar a CCA Medicare Maximum que haga una excepción para cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de medicamentos.

También puede solicitarnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, CCA Medicare Maximum puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que eliminemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios al Miembro. Un representante de Servicios al Miembro trabajará con usted y con su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el capítulo 9 de la **Evidencia de cobertura** para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración de la persona que extienda su receta que respalde su solicitud de excepción, le comunicaremos una decisión dentro de las 72 horas.

Un miembro, la persona que extienda la receta de un miembro o un representante designado (con consentimiento por escrito) pueden solicitar la excepción completando el formulario de Solicitud de determinación de cobertura de medicamentos recetados disponible en nuestro sitio web en ccama.org. El formulario puede enviarse por correo o fax:

CCA Health Michigan, Inc.
C/O OptumRx Prior Authorization Department
P.O. Box 25183
Santa Ana, California 92799
Teléfono: 844-705-7498 (TTY 711) Fax: 844-403-1028

Si usted o la persona que extienda la receta piensa que su salud puede verse perjudicada en caso de tener que esperar 72 horas para tomar una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona que extienda la receta respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de respaldo de dicha persona.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que un medicamento de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y, usualmente, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

CCA Medicare Maximum cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿CCA Medicare Maximum cubre los suministros a largo plazo de medicamentos recetados?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite obtener un suministro de hasta 100 días de sus medicamentos recetados, los cuales se envían directamente a su hogar.
- **Programas de 100 días de farmacias minoristas.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados cubiertos.

B15. ¿Mi farmacia local puede entregarme los medicamentos recetados a mi casa?

Es posible que su farmacia local pueda entregarle los medicamentos recetados en su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega a domicilio.

B16. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de CCA Medicare Maximum no tienen copago para los medicamentos recetados siempre y cuando el miembro siga las reglas del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 855-959-5855 (TTY 711).

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Maximum. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 99. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Maximum.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

C1. Lista de medicamentos por enfermedad

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de enfermedad para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad cardíaca, debe buscar en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Allí es donde encontrará medicamentos que tratan enfermedades cardíacas.

D. Índice de medicamentos cubiertos

Puede buscar un medicamento alfabéticamente en la sección “Índice de medicamentos cubiertos”. Puede encontrar el Índice en la página 99. Este le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna “Requisitos o límites”:

EA: Cada uno

GC: Cobertura durante el período sin cobertura. Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento recetado durante la brecha en la cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

GM: Gramos

ML: Mililitros

NDS: Suministro diario no extendido. Puede recibir un suministro para más de 1 mes de la mayoría de los medicamentos de la farmacopea de CCA Medicare Maximum en una farmacia minorista o por pedido por correo. Los medicamentos indicados con “NDS” se limitan a un suministro de 1 mes tanto para venta minorista como para pedido por correo.

PA: Aprobación previa (o autorización previa). Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que extienda la receta deben obtener la aprobación de CCA Medicare Maximum antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que CCA Medicare Maximum no cubra el medicamento.

B/D: Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D: Este medicamento puede cumplir con los requisitos para el pago en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted o su proveedor deben obtener una autorización previa de CCA Medicare Maximum para que se determine que este medicamento está cubierto en virtud de la Parte D de Medicare antes de surtir su receta. Sin la aprobación previa, es posible que CCA Medicare Maximum no cubra este medicamento.

QL: Límite de cantidad. Para algunos medicamentos, CCA Medicare Maximum limita la cantidad que puede obtener. Por ejemplo, CCA Medicare Maximum brinda 60 comprimidos por cada receta para 30 días de ENTRESTO.

ST: Terapia escalonada. Para algunos medicamentos, CCA Medicare Maximum requiere que usted realice una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para sus enfermedades. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el proveedor de atención médica considera que el primer medicamento no funciona para usted, cubriremos el segundo.

VCA: Vacuna. Vacunas de la Parte D de Medicare cubiertas a \$0.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., NAMENDA) y los medicamentos genéricos están en cursiva minúscula (p. ej., *amoxicilina*).



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite ccahealthmi.org.

La información en la columna “Requisitos o límites” le indica si CCA Medicare Maximum tiene algún requisito especial de cobertura del medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CCA Medicare Maximum al 855-959-5855 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite ccahealthmi.org.

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
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
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimiasténicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
<i>guanidine hcl</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER	4	PA
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
KYNMOBI	5	QL(150 EA por 30 días); PA
KYNMOBI TITRATION KIT	5	QL(20 EA por 365 días); PA
NEUPRO	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</i>		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>	2	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	2	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 75mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	4	
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	4	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	3	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
NYMALIZE SOLUTION 60MG/20ML	5	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour, tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 360mg</i>	4	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	2	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE	3	QL(240 EA por 30 días)
ENTRESTO TABLET	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	2	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	2	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	2	
<i>telmisartan</i>	2	
<i>valsartan tablet</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	4	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	4	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<i>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</i>		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	1	
<i>captopril tablet</i>	2	
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i>		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i>		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	2	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	4	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
Glucocorticoides		
BUDESONIDE ER	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg</i>	3	
<i>paricalcitol capsule 4mcg</i>	4	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium dr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BAFIERTAM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i> fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
OCREVUS ZUNOVO	5	QL(23 ML por 168 días); PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
TYSABRI	5	PA
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)
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
<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)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 12.5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 5mg

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 7.5mg
<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 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 0; 80MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 0; 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
ARMODAFINIL TABLET 150MG, 200MG, 250MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
ARMODAFINIL TABLET 50MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
ESZOPICLONE	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)
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<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	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>triamcinolone acetone dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	
KLISYRI	5	ST
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetone ointment</i>	3	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
PICATO	5	ST
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
<i>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</i>		
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	4	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	4	
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	2	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Última actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, ointment</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate cream, lotion, ointment</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream, gel, ointment, solution</i>	3	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>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	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
BACTROBAN NASAL	4	
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
<i>Pediculicidas/escabicidas</i>		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>polyethylene glycol 3350 packet 17gm</i>	2	
<i>polyethylene glycol 3350 powder 17gm/scoop</i>	2	
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
CLENPIQ	3	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	4	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
RECTIV	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	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>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	2	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
<i>d-penamine</i>	5	
ELMIRON	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	3	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
Estrógenos		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI PATCH TWICE WEEKLY 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	4	
<i>dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr</i>	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol patch twice weekly, patch weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>femynor</i>	3	
<i>fyavolv</i>	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>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	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28</i>	3	
<i>lillow</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lopreeza</i>	4	
<i>low-ogestrel</i>	3	
<i>lutura</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	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya</i>	3	
<i>simpesse</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>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 solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>prednisone solution</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>euthyrox</i>	3	
<i>levo-t</i>	4	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>levoxyl</i>	4	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
<i>unithroid</i>	4	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA
<i>lanreotide acetate</i>	5	PA
<i>leuprolide acetate</i>	5	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
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
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SIGNIFOR LAR	5	QL(1 EA por 28 días); PA
SOMATULINE DEPOT	5	PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA
TRIPTODUR	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (suprarrenal)</i>		
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
LYSODREN	5	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
ENJAYMO	5	PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
ACTIMMUNE	5	PA
INTRON A	5	PA
PEGASYS	5	PA
PEGASYS PROCLICK INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
<i>carimune nanofiltered injection 12gm, 6gm</i>	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA
GAMMAKED INJECTION 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C	5	PA
HEPAGAM B INJECTION 312UNIT/ML	5	B/D
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
NABI-HB INJECTION 312UNIT/ML	4	B/D
OCTAGAM INJECTION 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA
PANZYGA	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	3	PA
XEMBIFY	5	PA
<i>Inmunosupresores</i>		
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
CYLTEZO INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>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
<i>Vacunas</i>		
ABRYSVO	3	
ACTHIB INJECTION 0	3	
ADACEL	3	
AREXVY	3	
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX	3	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGERIX-B	3	B/D
GARDASIL 9	3	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	3	B/D
HIBERIX	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	3	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	3	
IXCHIQ	3	
IXIARO	3	
JYNNEOS	3	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	3	
MENACTRA	3	
<i>menquadfi</i>	3	
MENVEO	3	
MRESVIA	3	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	3	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	3	B/D
PRIORIX	3	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial; any pack size
RABAVERT	3	B/D
RECOMBIVAX HB	3	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	3	
STAMARIL	3	
TDVAX	3	
TENIVAC	3	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	3	
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA	3	
VARIVAX	3	
VAXCHORA	3	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
ZOSTAVAX	3	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	3	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er</i>	3	
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	3	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
COMBIGAN	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg</i>	1	
<i>lithium carbonate capsule 600mg</i>	2	
<i>lithium carbonate tablet</i>	2	
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	4	
<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>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 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	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes para fibrosis pulmonar</i>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone capsule</i>	5	PA
PIRFENIDONE TABLET 534MG	5	PA
<i>pirfenidone tablet 267mg, 801mg</i>	5	PA
<i>Agentes para fibrosis quística</i>		
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
<i>Antihipertensivos pulmonares</i>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>epoprostenol sodium injection 0.5mg</i>	4	PA
<i>epoprostenol sodium injection 1.5mg</i>	5	PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
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
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet, tablet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	QL(60 ML por 30 días)
SPIRIVA HANDIHALER	3	QL(30 EA por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate 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</i>	3	
<i>epinephrine injection 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to product manufactured by Mylan Specialty L.P. Only
<i>epinephrine injection 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to products manufactured by Impax or Lineage Therapeutics
<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)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>Estabilizadores de mastocitos</i>		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	5	B/D
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
AUGTYRO	5	PA
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE/1ML/29G X 12.7MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	3	QL(200 EA por 30 días)
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 6MM	3	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	3	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
IGALMI	4	PA
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
NUTRILIPID	2	B/D
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
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)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
VYJUVEK	5	PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadone 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
XTAMPZA ER	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; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS
<i>lorcet hd</i>	2	NDS
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate injection 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</i>		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	4	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	4	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	2	
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindacin-p</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tinidazole</i>	3	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride injection 1.75gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg, 750mg</i>	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefдинир capsule</i>	2	
<i>cefдинир suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
CEFEPIME/DEXTROSE INJECTION 2GM/50ML; 5%	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil</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 7.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm</i>	4	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
<i>Betalactámico, penicilinas</i>		
<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>	2	
<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>naficillin 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	
<i>Carbapenemas</i>		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	
<i>meropenem</i>	4	
<i>Macrólidos</i>		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	2	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml</i>	4	
Quinolonas		
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxylene nl capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>okebo capsule 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de aumento de ácido y-aminobutírico (GABA)</i>		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA
<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 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA
<i>vigadrone</i>	5	PA
VIGAFYDE	5	PA
<i>vigpoder</i>	5	PA
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
<i>Agentes para los canales de sodio</i>		
APTIOM	5	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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 tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine tablet chewable</i>	2	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide solution</i>	3	
<i>lacosamide tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PEGANONE TABLET 250MG	4	
PHENYTEK	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
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA
EPIDIOLEX	5	PA
EPRONTIA	4	
<i>felbamate tablet</i>	4	
<i>felbamate suspension</i>	5	
FINTEPLA	5	PA
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine titration</i>	4	
<i>lamotrigine tablet chewable, tablet</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>	2	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST
<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
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 50mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	3	
<i>paser</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
CASPOFUNGIN ACETATE INJECTION 70MG	4	
<i>casposfungin acetate injection 50mg</i>	5	
<i>clotrimazole cream</i>	2	
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in 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)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
<i>cyclophosphamide injection 500mg/ml</i>	5	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
FOTIVDA	5	PA
<i>lenalidomide</i>	5	PA
POMALYST	5	PA
QINLOCK	5	PA
REVLIMID	5	PA
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA
THALOMID	5	PA
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA
XTANDI	5	PA
<i>Anticuerpo monoclonal/conjugado anticuerpo-fármaco</i>		
DARZALEX FASPRO	5	PA
KANJINTI	5	PA
LOQTORZI	5	PA
RUXIENCE	5	PA
TEVIMBRA	5	PA
TRAZIMERA	5	PA
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	4	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA
BESREMI	5	PA
COLUMVI	5	PA
EPKINLY	5	PA
GAVRETO	5	PA
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INREBIC	5	PA
IWILFIN	5	PA
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA
KRAZATI	5	PA
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
LONSURF	5	PA
LUMAKRAS	5	PA
LYTGOBI	5	PA
NINLARO	5	PA
OGSIVEO	5	PA
ONUREG	5	PA
ORSERDU	5	PA
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PHEGO	5	PA
RETEVMO CAPSULE	5	PA
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SYNRIBO	5	
TAZVERIK	5	PA
TRUSELTIQ	5	PA
TUKYSA	5	PA
VONJO	5	PA
XPOVIO	5	PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA
ZOLINZA	5	PA
Antineoplásicos		
OPDUALAG	5	PA
Complementos del tratamiento		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
Inhibidores de enzimas		
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	2	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
BALVERSA	5	PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
BOSULIF	5	PA
BRAFTOVI	5	PA
BRUKINSA	5	PA
CABOMETYX	5	PA
CALQUENCE	5	PA
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
COMETRIQ	5	PA
COPIKTRA	5	PA
COTELLIC	5	PA
<i>dasatinib</i>	5	PA
DAURISMO	5	PA
ERIVEDGE	5	PA
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FRUZAQLA	5	PA
<i>gefitinib</i>	5	PA
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	2	PA
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA
IMBRUVICA	5	PA
INLYTA	5	PA
INQOVI	5	PA
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
KISQALI	5	PA
KOSELUGO	5	PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>lapatinib ditosylate</i>	5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA
LORBRENA	5	PA
LYNPARZA TABLET	5	PA
MEKINIST	5	PA
MEKTOVI	5	PA
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ODOMZO	5	PA
OJEMDA	5	PA
OJJAARA	5	PA
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA
REZLIDHIA	5	PA
ROZLYTREK	5	PA
RUBRACA	5	PA
RYDAPT	5	PA
<i>sorafenib</i>	5	PA
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA
SPRYCEL	5	PA
STIVARGA	5	PA
<i>sunitinib malate</i>	5	PA
TAFINLAR	5	PA
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TALZENNA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TEPMETKO	5	PA
TIBSOVO	5	PA
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
TRUQAP TABLET	5	PA
TURALIO	5	PA
VANFLYTA	5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA
VENCLEXTA TABLET 10MG	3	PA
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA
VERZENIO	5	PA
VITRAKVI	5	PA
VIZIMPRO	5	PA
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
VOTRIENT	5	PA
WELIREG	5	PA
XALKORI	5	PA
XOSPATA	5	PA
ZEJULA CAPSULE	5	PA
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZELBORAF	5	PA
ZYDELIG	5	PA
ZYKADIA	5	PA
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
Antiprotozoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir, injection</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tablet 16mg, 8mg</i>	4	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
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
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(8 EA por 180 días); ST
INVEGA HAFYERA	5	ST
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
NUPLAZID	5	PA
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	5	
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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 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
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS	5	
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	
INVIRASE TABLET	5	
LEXIVA SUSPENSION	4	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET, SOLUTION	4	
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	
<i>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</i>		
<i>cidofovir</i>	5	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABLET 10MG	4	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	
VOCABRIA	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	
INTELENCE TABLET 25MG	4	
<i>nevirapine er</i>	4	
<i>nevirapine tablet</i>	2	
<i>nevirapine suspension</i>	3	
PIFELTRO	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	4	
<i>abacavir 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: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	4	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension, rectal suspension</i>	4	
<i>sps</i>	3	
VELTASSA	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
<i>clovique</i>	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 180mg</i>	2	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	4	PA
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN II INJECTION 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 405MG/100ML; 750MG/100ML, 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	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; 3.4MEQ/L; 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, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	3	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE	4	
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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 ONPRO KIT	5	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
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
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
CYCLOSET	4	
FARXIGA	3	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glipizide tablet 2.5mg</i>	2	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	2	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
<i>tolazamide tablet 250mg, 500mg</i>	1	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antigluccémicos		
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	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
<i>methocarbamol</i>	4	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
ALDURAZYME	5	PA
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
ELAPRASE	5	PA
ENDARI	5	PA
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
JAVYGTOR	5	PA
KANUMA	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA
LUMIZYME	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
NAGLAZYME	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
PROLASTIN-C	5	PA
REVCIVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

Puede 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
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: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Última actualización: octubre 2024

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	90
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	90
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	90
ABELCET	79
ABILIFY MAINTENA	87
<i>abiraterone acetate</i>	80
ABRYSVO	58
<i>acamprosate calcium dr</i>	62
<i>acarbose</i>	94
<i>acebutolol hcl</i>	33
<i>acebutolol hydrochloride</i>	33
<i>acetaminophen/codeine</i>	68
<i>acetazolamide</i>	34
<i>acetazolamide er</i>	60
<i>acetic acid</i>	67
<i>acetic acid 0.25%</i>	47
<i>acitretin</i>	43
ACTHIB	58
ACTIMMUNE	56
<i>acyclovir</i>	44
<i>acyclovir</i>	89
<i>acyclovir sodium</i>	89
ADACEL	58
ADBRY	54
<i>adefovir dipivoxil</i>	91
ADEMPAS	63
ADVAIR HFA	62
<i>afirmelle</i>	48
AIMOVIG	31
AKEEGA	81
ALA-CORT	44
<i>albendazole</i>	85
<i>albuterol sulfate</i>	65
<i>albuterol sulfate hfa</i>	65
<i>alclometasone dipropionate</i>	44
ALCOHOL PREP PADS	66
ALDURAZYME	97
ALECENSA	82
<i>alendronate sodium</i>	38
<i>alfuzosin hcl er</i>	46

Nombre del medicamento	Página
ALINIA	85
<i>aliskiren</i>	34
<i>allopurinol</i>	37
<i>alose tron hydrochloride</i>	45
ALPHAGAN P	60
<i>alprazolam</i>	70
<i>altavera</i>	48
ALUNBRIG	82
<i>alyacen 1/35</i>	48
<i>alyacen 7/7/7</i>	48
<i>alyq</i>	63
<i>amabelz</i>	48
<i>amantadine hcl</i>	89
<i>ambrisentan</i>	63
<i>amethia</i>	48
<i>amethia lo</i>	48
<i>amethyst</i>	48
<i>amikacin sulfate</i>	70
<i>amiloride hcl</i>	36
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	34
AMINOSYN II	92
AMINOSYN-PF	92
<i>amiodarone hydrochloride</i>	35
<i>amitriptyline hcl</i>	76
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	76
<i>amlodipine besylate</i>	33
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	34
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	34
<i>ammonium lactate</i>	44
<i>amne steem</i>	43
<i>amoxapine</i>	76
<i>amoxicillin</i>	72
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	72
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	72
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	40
<i>amphotericin b</i>	79
<i>amphotericin b liposome</i>	79
<i>ampicillin</i>	72
<i>ampicillin sodium</i>	72
<i>ampicillin/sulbactam</i>	72
<i>ampicillin-sulbactam</i>	72
<i>anagrelide hydrochloride</i>	93

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>anastrozole</i>	82	AUGMENTIN	72
ANORO ELLIPTA	62	AUGTYRO	66
<i>aprepitant</i>	78	<i>aurovela 1.5/30</i>	48
APTIOM	74	<i>aurovela 1/20</i>	48
APTIVUS	88	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	48
AREXVY	58	<i>aurovela fe 1/20</i>	48
<i>arformoterol tartrate</i>	65	AUSTEDO	41
<i>aripiprazole</i>	87	AUSTEDO XR	41
<i>aripiprazole odt</i>	87	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	41
ARISTADA	87	KIT	
ARISTADA INITIO	87	AUVELITY	76
ARMODAFINIL	42	<i>aviane</i>	48
ARNUITY ELLIPTA	64	AVONEX	38
ASCENIV	56	AVONEX PEN	38
<i>asenapine maleate sl</i>	87	<i>ayuna</i>	48
<i>ashlyna</i>	48	AYVAKIT	82
ASMANEX HFA	64	<i>azathioprine</i>	56
ASMANEX TWISTHALER 120	64	<i>azelaic acid</i>	43
METERED DOSES		<i>azelastine hcl</i>	60
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	64	<i>azelastine hcl</i>	64
DOSES		<i>azelastine hydrochloride</i>	64
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	64	<i>azithromycin</i>	72
DOSES		<i>aztreonam</i>	70
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	64	<i>azurette</i>	48
DOSES		<i>bacitracin</i>	61
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED	64	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	60
DOSES		<i>baclofen</i>	31
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE	93	BACTROBAN NASAL	45
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER	93	BAFIERTAM	38
ASTAGRAF XL	56	<i>balsalazide disodium</i>	37
<i>atazanavir</i>	88	BALVERSA	82
<i>atazanavir sulfate</i>	88	<i>balziva</i>	48
<i>atenolol</i>	33	BAQSIMI ONE PACK	95
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	34	BAQSIMI TWO PACK	95
<i>atomoxetine</i>	41	BARACLUDGE	91
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	41	<i>bcg vaccine</i>	58
<i>atorvastatin calcium</i>	36	BD INSULIN SYRINGE	66
<i>atovaquone</i>	85	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	85	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	66
<i>atropine sulfate</i>	60	II/0.3ML/31G X 5/16"	
ATROVENT HFA	65	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	66
<i>aubra</i>	48	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>aubra eq</i>	48		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	66	BRILINTA	93
BD INSULIN SYRINGE/1ML/29G X 12.7MM	66	BRIMONIDINE TARTRATE	60
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	66	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	60
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 6MM	66	<i>brinzolamide</i>	60
<i>bekyree</i>	48	BRIVIACT	75
BELSOMRA	42	<i>bromfenac sodium</i>	61
<i>benazepril hcl</i>	37	<i>bromocriptine mesylate</i>	32
<i>benazepril hydrochloride</i>	37	BRONCHITOL	62
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	34	BRUKINSA	83
BENLYSTA	54	<i>budesonide</i>	38
<i>benznidazole</i>	85	<i>budesonide</i>	64
<i>benztropine mesylate</i>	32	BUDESONIDE ER	38
BESIVANCE	61	<i>bumetanide</i>	36
BESREMI	81	<i>buprenorphine</i>	67
<i>betaine anhydrous</i>	97	<i>buprenorphine hcl</i>	62
<i>betamethasone dipropionate</i>	44	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	62
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	44	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	62
<i>betamethasone valerate</i>	44	<i>bupropion hcl</i>	76
BETASERON	38	<i>bupropion hydrochloride</i>	76
<i>betaxolol hcl</i>	33	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	62
<i>betaxolol hcl</i>	60	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	76
<i>bethanechol chloride</i>	47	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	76
<i>bexarotene</i>	85	<i>bupirone hcl</i>	69
BEXSERO	58	<i>bupirone hydrochloride</i>	69
<i>bicalutamide</i>	80	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	42
BICILLIN L-A	72	BYDUREON BCISE	94
BIKTARVY	89	BYETTA	94
<i>bisoprolol fumarate</i>	33	CABENUVA	89
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	34	<i>cabergoline</i>	53
BIVIGAM	56	CABLIVI	93
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	48	CABOMETYX	83
<i>blisovi fe 1/20</i>	48	<i>calcipotriene</i>	43
BOOSTRIX	58	<i>calcitonin-salmon</i>	38
BOSULIF	83	<i>calcitriol</i>	38
BRAFTOVI	83	<i>calcium acetate</i>	91
BREO ELLIPTA	62	CALQUENCE	83
BREZTRI AEROSPHERE	64	<i>camila</i>	52
<i>briellyn</i>	48	<i>camrese</i>	48
		<i>camrese lo</i>	48
		<i>candesartan cilexetil</i>	35
		<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	34
		CAPLYTA	87

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CAPRELSA	83	<i>chlorothiazide</i>	36
<i>captopril</i>	37	<i>chlorpromazine hcl</i>	86
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	34	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	86
<i>carbamazepine</i>	75	<i>chlorthalidone</i>	37
<i>carbamazepine er</i>	75	CHOLBAM	97
<i>carbidopa</i>	32	<i>cholestyramine</i>	36
<i>carbidopa/levodopa</i>	32	<i>cholestyramine light</i>	36
<i>carbidopa/levodopa er</i>	32	<i>ciclodan</i>	45
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	32	<i>ciclopirox</i>	45
<i>carglumic acid</i>	92	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	45
<i>carimune nanofiltered</i>	56	<i>ciclopirox olamine</i>	45
<i>carteolol hcl</i>	60	<i>cidofovir</i>	88
<i>cartia xt</i>	33	<i>cilostazol</i>	93
<i>carvedilol</i>	33	CIMDUO	90
CASPOFUNGIN ACETATE	79	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	38
CAYSTON	63	CINRYZE	55
<i>cefaclor</i>	71	CIPRO	73
<i>cefadroxil</i>	71	<i>ciprofloxacin</i>	67
CEFAZOLIN	71	<i>ciprofloxacin</i>	73
<i>cefazolin sodium</i>	71	<i>ciprofloxacin hcl</i>	73
<i>cefdinir</i>	71	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	61
<i>cefepime</i>	71	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	73
<i>cefepime hydrochloride</i>	71	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	73
CEFEPIME/DEXTROSE	71	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	67
<i>cefixime</i>	71	<i>cisplatin</i>	80
<i>cefotaxime sodium</i>	71	<i>citalopram hydrobromide</i>	77
<i>cefotetan</i>	71	<i>claravis</i>	43
<i>cefoxitin sodium</i>	71	<i>clarithromycin</i>	73
<i>cefpodoxime proxetil</i>	71	<i>clarithromycin er</i>	73
<i>cefprozil</i>	71	CLENPIQ	45
<i>ceftazidime</i>	71	CLIMARA PRO	48
<i>ceftazidime/dextrose</i>	71	<i>clindacin etz pledgets</i>	70
<i>ceftriaxone sodium</i>	71	<i>clindacin-p</i>	70
<i>cefuroxime axetil</i>	71	<i>clindamycin hcl</i>	70
<i>cefuroxime sodium</i>	71	<i>clindamycin hydrochloride</i>	70
<i>celecoxib</i>	69	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	70
<i>cephalexin</i>	71	<i>clindamycin phosphate</i>	45
CERDELGA	97	<i>clindamycin phosphate</i>	70
<i>chateal</i>	48	<i>clobazam</i>	74
<i>chateal eq</i>	48	<i>clobetasol propionate</i>	44
CHEMET	91	<i>clobetasol propionate e</i>	44
<i>chlorhexidine gluconate</i>	42	<i>clomipramine hydrochloride</i>	76
<i>chloroquine phosphate</i>	85	<i>clonazepam</i>	74

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clonazepam odt</i>	74	<i>cyclosporine</i>	56
<i>clonidine</i>	35	<i>cyclosporine</i>	60
<i>clonidine hydrochloride</i>	35	<i>cyclosporine modified</i>	56
<i>clopidogrel</i>	93	CYLTEZO	56
<i>clorazepate dipotassium</i>	70	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	56
<i>clotrimazole</i>	79	CROHNS DISEASE/UC/HS	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	43	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	56
<i>clovique</i>	91	PSORIASIS	
<i>clozapine</i>	86	CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	56
<i>clozapine odt</i>	86	PSORIASIS/UVEITIS	
COARTEM	85	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	64
<i>colchicine</i>	37	CYSTAGON	97
<i>colestipol hcl</i>	36	CYSTARAN	60
<i>colistimethate sodium</i>	70	<i>dalfampridine er</i>	38
<i>colocort</i>	38	<i>danazol</i>	48
COLUMVI	81	<i>dantrolene sodium</i>	31
COMBIGAN	60	<i>dapsone</i>	78
COMBIVENT RESPIMAT	62	DAPTACEL	58
COMETRIQ	83	<i>daptomycin</i>	70
COMPLERA	90	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	70
<i>compro</i>	78	<i>darunavir</i>	88
<i>constulose</i>	45	DARZALEX FASPRO	80
COPIKTRA	83	<i>dasatinib</i>	83
CORLANOR	34	<i>dasetta 1/35</i>	48
<i>cortisone acetate</i>	53	<i>dasetta 7/7/7</i>	48
COSENTYX	54	DAURISMO	83
COSENTYX SENSOREADY PEN	54	<i>daysee</i>	48
COSENTYX UNOREADY	54	<i>deblitane</i>	52
COTELLIC	83	<i>deferasirox</i>	91
CREON	97	DELSTRIGO	90
<i>cromolyn sodium</i>	60	<i>delyla</i>	49
<i>cromolyn sodium</i>	66	<i>demeclocycline hcl</i>	73
<i>cromolyn sodium</i>	97	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	73
<i>cryselle-28</i>	48	DENGVAXIA	58
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	66	DEPO-PROVERA	52
CUTAQUIG	56	DEPO-SUBQ PROVERA 104	52
CUVITRU	56	DESCOVY	90
<i>cyclafem 1/35</i>	48	<i>desipramine hydrochloride</i>	77
<i>cyclafem 7/7/7</i>	48	<i>desmopressin acetate</i>	47
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	97	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	49
<i>cyclophosphamide</i>	80	<i>desonide</i>	44
<i>cycloserine</i>	79	<i>desoximetasone</i>	44
CYCLOSET	94	<i>desvenlafaxine er</i>	77

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>dexamethasone</i>	53	<i>divalproex sodium er</i>	74
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	61	<i>dofetilide</i>	35
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	41	<i>dolishale</i>	49
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	41	<i>donepezil hcl</i>	31
<i>dextrose 5%</i>	92	<i>donepezil hydrochloride</i>	31
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	92	DOPTELET	93
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	92	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	60
DIACOMIT	74	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	60
<i>diazepam</i>	70	DOTTI	49
<i>diazepam intensol</i>	70	DOVATO	89
<i>diazepam rectal gel</i>	74	<i>doxazosin mesylate</i>	47
<i>diazoxide</i>	95	<i>doxepin hcl</i>	77
<i>diclofenac potassium</i>	69	<i>doxepin hydrochloride</i>	77
<i>diclofenac sodium</i>	43	<i>doxy 100</i>	73
<i>diclofenac sodium</i>	61	<i>doxycycline</i>	73
<i>diclofenac sodium</i>	69	<i>doxycycline hyclate</i>	42
<i>diclofenac sodium dr</i>	69	<i>doxycycline hyclate</i>	73
<i>diclofenac sodium er</i>	69	<i>doxycycline monohydrate</i>	73
<i>dicloxacillin sodium</i>	72	<i>d-penaminate</i>	47
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	46	DRIZALMA SPRINKLE	77
DIFICID	73	<i>dronabinol</i>	78
<i>diflunisal</i>	69	DROXIA	81
<i>digitek</i>	35	<i>droxidopa</i>	35
<i>digox</i>	35	DULERA	62
<i>digoxin</i>	35	<i>duloxetine hydrochloride</i>	77
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	31	DUPIXENT	54
DILANTIN	75	<i>dutasteride</i>	47
<i>diltiazem hcl</i>	33	EASY COMFORT INSULIN	66
<i>diltiazem hcl cd</i>	33	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hcl er</i>	33	<i>ec-naproxen</i>	69
<i>diltiazem hydrochloride</i>	34	<i>econazole nitrate</i>	79
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	33	EDURANT	90
<i>dilt-xr</i>	33	<i>efavirenz</i>	90
<i>dimethyl fumarate</i>	38	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	90
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	39	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	90
<i>diphenhydramine hcl</i>	64	<i>efavirenz</i>	90
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	45	<i>effer-k</i>	92
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	58	ELAPRASE	97
<i>disulfiram</i>	62	<i>elinest</i>	49
<i>divalproex sodium</i>	74	ELIQUIS	93
<i>divalproex sodium dr</i>	74	ELIQUIS STARTER PACK	93
		ELLA	66

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ELMIRON	47	<i>ery</i>	45
<i>eluryng</i>	49	<i>erythromycin</i>	45
EMCYT	80	<i>erythromycin</i>	61
EMGALITY	31	<i>erythromycin dr</i>	73
EMPAVELI	55	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	73
EMSAM	76	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	43
<i>emtricitabine</i>	90	<i>escitalopram oxalate</i>	77
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	90	<i>esomeprazole magnesium</i>	46
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	90	<i>estarylla</i>	49
EMTRIVA	90	<i>estradiol</i>	49
<i>emzahh</i>	52	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	49
<i>enalapril maleate</i>	37	ESTRING	49
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	34	ESZOPICLONE	42
ENBREL	56	<i>ethambutol hydrochloride</i>	79
ENBREL MINI	56	<i>ethosuximide</i>	74
ENBREL SURECLICK	56	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	49
ENDARI	97	<i>etodolac</i>	69
<i>endocet</i>	68	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	49
ENGERIX-B	58	<i>etravirine</i>	90
<i>enilloring</i>	49	EUCRISA	44
ENJAYMO	55	<i>euthyrox</i>	53
<i>enoxaparin sodium</i>	93	<i>everolimus</i>	57
<i>enpresse-28</i>	49	<i>everolimus</i>	83
<i>entacapone</i>	32	EVOTAZ	88
<i>entecavir</i>	91	EVRYSDI	97
ENTRESTO	34	<i>exemestane</i>	82
<i>enulose</i>	45	EXKIVITY	83
ENVARUSUS XR	57	<i>ezetimibe</i>	36
EPIDIOLEX	75	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	36
<i>epinephrine</i>	65	FABRAZYME	97
<i>epitol</i>	75	<i>falmina</i>	49
EPKINLY	81	<i>famciclovir</i>	89
<i>eplerenone</i>	36	<i>famotidine</i>	46
<i>epoprostenol sodium</i>	63	FANAPT	87
EPRONTIA	75	FANAPT TITRATION PACK	87
<i>ergoloid mesylates</i>	31	FARXIGA	94
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	31	FARYDAK	83
ERIVEDGE	83	FASENRA	63
ERLEADA	80	FASENRA PEN	63
<i>erlotinib hydrochloride</i>	83	<i>fayosim</i>	49
<i>errin</i>	52	<i>febuxostat</i>	37
<i>ertapenem</i>	72	<i>felbamate</i>	75
<i>ertapenem sodium</i>	72	<i>felodipine er</i>	33

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>femynor</i>	49	FRAGMIN	93
<i>fenofibrate</i>	36	FRUZAQLA	83
<i>fenofibrate micronized</i>	36	<i>furosemide</i>	36
<i>fenofibric acid dr</i>	36	FUZEON	88
<i>fentanyl</i>	67	<i>fyavolv</i>	49
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	68	FYCOMPA	75
FETZIMA	77	<i>gabapentin</i>	74
FETZIMA TITRATION PACK	77	<i>galantamine hydrobromide</i>	31
FINACEA	43	<i>galantamine hydrobromide er</i>	31
<i>finasteride</i>	47	<i>gallifrey</i>	52
<i> fingolimod hydrochloride</i>	39	GAMASTAN	56
FINTEPLA	75	GAMMAKED	56
FIRMAGON	53	GAMUNEX-C	56
FLAREX	61	<i>ganciclovir</i>	89
<i>flecainide acetate</i>	35	GARDASIL 9	58
<i>fluconazole</i>	79	<i>gatifloxacin</i>	61
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	79	<i>gavilyte-c</i>	46
<i>flucytosine</i>	79	<i>gavilyte-g</i>	46
<i>fludrocortisone acetate</i>	53	<i>gavilyte-h</i>	46
<i>fluocinolone acetonide</i>	44	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	46
<i>fluocinonide</i>	44	GAVRETO	81
<i>fluorometholone</i>	61	<i>gefitinib</i>	83
<i>fluorouracil</i>	43	<i>gemfibrozil</i>	36
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	77	GEMTESA	47
<i>fluphenazine decanoate</i>	86	<i>generlac</i>	45
<i>fluphenazine hcl</i>	86	<i>gengraf</i>	57
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	86	GENOTROPIN	47
<i>flurbiprofen</i>	69	GENOTROPIN MINIQUICK	47
<i>flurbiprofen sodium</i>	61	<i>gentak</i>	61
<i>flutamide</i>	80	<i>gentamicin sulfate</i>	61
<i>fluticasone propionate</i>	44	<i>gentamicin sulfate</i>	70
<i>fluticasone propionate</i>	64	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	70
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	63	GENVOYA	89
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	63	GILOTRIF	83
<i>fluvastatin</i>	36	<i>glatiramer acetate</i>	39
<i>fluvastatin sodium er</i>	36	GLEOSTINE	80
<i>fluvoxamine maleate</i>	77	<i>glimepiride</i>	94
<i>fondaparinux sodium</i>	93	<i>glipizide</i>	94
FORTEO	38	<i>glipizide er</i>	94
<i>fosamprenavir calcium</i>	88	<i>glipizide xl</i>	94
<i>fosinopril sodium</i>	37	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	94
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	34	GLUCAGEN HYPOKIT	95
FOTIVDA	80	<i>glucagon emergency kit</i>	95

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	95	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	57
<i>glyburide</i>	94	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	57
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	94	HUMULIN 70/30	96
<i>glycopyrrolate</i>	46	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	96
GLYXAMBI	95	HUMULIN N	96
<i>griseofulvin microsize</i>	79	HUMULIN N KWIKPEN	96
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	79	HUMULIN R	96
<i>guanfacine hydrochloride</i>	35	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	96
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	41	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	96
<i>guanidine hcl</i>	32	<i>hydralazine hcl</i>	37
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	95	<i>hydralazine hydrochloride</i>	37
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	95	<i>hydrochlorothiazide</i>	37
GVOKE KIT	96	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	68
GVOKE PFS	96	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	68
<i>hailey 1.5/30</i>	49	<i>hydrocortisone</i>	38
<i>hailey fe 1.5/30</i>	49	<i>hydrocortisone</i>	44
<i>hailey fe 1/20</i>	49	<i>hydrocortisone</i>	53
<i>halobetasol propionate</i>	44	<i>hydrocortisone valerate</i>	44
<i>haloette</i>	49	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	67
<i>haloperidol</i>	86	<i>hydromorphone hcl</i>	68
<i>haloperidol decanoate</i>	86	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	68
<i>haloperidol lactate</i>	86	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	68
HAVRIX	58	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	85
<i>heather</i>	52	<i>hydroxyurea</i>	81
HEPAGAM B	56	<i>hydroxyzine hcl</i>	64
<i>heparin sodium</i>	93	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	64
HEPLISAV-B	58	<i>hydroxyzine pamoate</i>	69
HIBERIX	58	HYPERHEP B	56
HIZENTRA	56	<i>ibandronate sodium</i>	38
HUMALOG	96	IBRANCE	81
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	96	IBRANCE	83
HUMALOG KWIKPEN	96	<i>ibu</i>	69
HUMALOG MIX 50/50	96	<i>ibuprofen</i>	69
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	96	<i>icatibant acetate</i>	55
HUMALOG MIX 75/25	96	<i>iclevia</i>	49
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	96	ICLUSIG	83
HUMATIN	70	<i>icosapent ethyl</i>	36
HUMIRA	57	IDHIFA	81
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	57	IGALMI	66
HUMIRA PEN	57	<i>imatinib mesylate</i>	83
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	57	IMBRUVICA	83
		<i>imipenem/cilastatin</i>	72

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>imipramine hcl</i>	77	IWILFIN	81
<i>imipramine hydrochloride</i>	77	IXCHIQ	58
<i>imiquimod</i>	43	IXIARO	58
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	58	<i>jaimiess</i>	49
IMPAVIDO	71	JAKAFI	83
INBRIJA	32	<i>jantoven</i>	93
<i>incassia</i>	52	JANUMET	95
INCRELEX	47	JANUMET XR	95
INCRUSE ELLIPTA	65	JANUVIA	95
<i>indapamide</i>	37	JARDIANCE	95
<i>indomethacin</i>	69	JAVYGTOR	97
<i>indomethacin er</i>	69	JAYPIRCA	83
INFANRIX	58	<i>jencycla</i>	52
INFLECTRA	57	JENTADUETO	95
<i>infliximab</i>	57	JENTADUETO XR	95
INGREZZA	42	<i>jinteli</i>	49
INLYTA	83	<i>jolessa</i>	49
INQOVI	83	<i>jolivette</i>	52
INREBIC	81	JUBLIA	79
<i>insulin lispro</i>	96	JULUCA	89
INTELENCE	90	<i>junel 1.5/30</i>	49
INTRON A	56	<i>junel 1/20</i>	49
<i>introvale</i>	49	<i>junel fe 1.5/30</i>	49
INVEGA HAFYERA	87	<i>junel fe 1/20</i>	49
INVEGA SUSTENNA	87	JYLAMVO	57
INVEGA TRINZA	87	JYNNEOS	58
INVIRASE	88	KALYDECO	63
IPOL INACTIVATED IPV	58	KANJINTI	80
<i>ipratropium bromide</i>	65	KANUMA	97
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	63	<i>kariva</i>	49
<i>irbesartan</i>	35	<i>kelnor 1/35</i>	49
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	34	<i>kelnor 1/50</i>	49
ISENTRESS	89	KERENDIA	34
ISENTRESS HD	89	KESIMPTA	39
ISONIAZID	79	<i>ketoconazole</i>	79
<i>isosorbide dinitrate</i>	37	<i>ketorolac tromethamine</i>	61
<i>isosorbide mononitrate</i>	37	<i>ketorolac tromethamine</i>	69
<i>isosorbide mononitrate er</i>	37	<i>kimidess</i>	49
<i>isotretinoin</i>	43	KINERET	55
ISTURISA	54	KINRIX	59
<i>itraconazole</i>	79	<i>kionex</i>	91
<i>ivabradine hydrochloride</i>	34	KISQALI	83
<i>ivermectin</i>	85	KISQALI FEMARA 200 DOSE	81

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
KISQALI FEMARA 400 DOSE	81	<i>leflunomide</i>	57
KISQALI FEMARA 600 DOSE	81	<i>lenalidomide</i>	80
<i>klayesta</i>	79	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	84
KLISYRI	43	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con</i>	92	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con 10</i>	92	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con 8</i>	92	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con m10</i>	92	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con m15</i>	92	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con m20</i>	92	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	84
<i>klor-con sprinkle</i>	92	<i>lessina</i>	50
<i>klor-con/ef</i>	92	<i>letrozole</i>	82
KORLYM	52	<i>leucovorin calcium</i>	82
KOSELUGO	83	LEUKERAN	80
<i>kourzeq</i>	42	<i>leuprolide acetate</i>	53
KRAZATI	81	<i>levalbuterol</i>	66
<i>kurvelo</i>	50	<i>levalbuterol hcl</i>	65
KYNMOBI	32	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	65
KYNMOBI TITRATION KIT	32	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	65
<i>labetalol hydrochloride</i>	33	LEVEMIR	96
<i>lacosamide</i>	75	LEVEMIR FLEXPEN	96
<i>lactulose</i>	45	LEVEMIR FLEXTOUCH	96
LAGEVRIO	66	<i>levetiracetam</i>	75
<i>lamivudine</i>	90	<i>levetiracetam er</i>	75
<i>lamivudine</i>	91	<i>levobunolol hcl</i>	60
<i>lamivudine/zidovudine</i>	90	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	64
<i>lamotrigine</i>	75	<i>levofloxacin</i>	61
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	75	<i>levofloxacin</i>	73
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	75	<i>levofloxacin in d5w</i>	73
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	75	<i>levonest</i>	50
<i>lamotrigine titration</i>	75	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	50
<i>lanreotide acetate</i>	53	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	50
<i>lansoprazole</i>	46	<i>levora 0.15/30-28</i>	50
LANTUS	96	<i>levo-t</i>	53
LANTUS SOLOSTAR	96	<i>levothyroxine sodium</i>	53
<i>lapatinib ditosylate</i>	84	<i>levoxyl</i>	53
<i>larin 1.5/30</i>	50	LEXIVA	88
<i>larin 1/20</i>	50	<i>l-glutamine</i>	97
<i>larin fe 1.5/30</i>	50	LIBERVANT	74
<i>larin fe 1/20</i>	50	<i>lidocaine</i>	69
<i>larissia</i>	50	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	42
<i>latanoprost</i>	61	<i>lidocaine viscous</i>	42
LAZCLUZE	81	<i>lidocaine/prilocaine</i>	69

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	69	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	47
<i>lillow</i>	50	<i>lurasidone hydrochloride</i>	87
<i>linezolid</i>	71	<i>lutra</i>	50
LINZESS	45	LYBALVI	87
<i>liothyronine sodium</i>	53	<i>lyleq</i>	52
<i>lisinopril</i>	37	<i>lyllana</i>	50
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	34	LYNPARZA	84
<i>lithium</i>	61	LYSODREN	54
<i>lithium carbonate</i>	62	LYTGOBI	81
<i>lithium carbonate er</i>	62	LYUMJEV	96
LIVALO	36	LYUMJEV KWIKPEN	96
LIVMARLI	66	<i>lyza</i>	52
LIVTENCITY	89	<i>magnesium sulfate</i>	92
<i>lojaimiess</i>	50	<i>malathion</i>	45
LOKELMA	91	<i>maprotiline hcl</i>	76
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	65	<i>maraviroc</i>	88
LONSURF	81	<i>marlissa</i>	50
<i>loperamide hcl</i>	45	MARPLAN	76
<i>lopinavir/ritonavir</i>	88	MATULANE	80
<i>lopreeza</i>	50	<i>matzim la</i>	34
LOQTORZI	80	MAVYRET	89
<i>lorazepam</i>	70	MAYZENT	39
<i>lorazepam intensol</i>	70	MAYZENT STARTER PACK	39
LORBRENA	84	<i>meclizine hcl</i>	78
<i>lorcet</i>	68	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	52
<i>lorcet hd</i>	68	<i>mefloquine hcl</i>	85
<i>lorcet plus</i>	68	<i>megestrol acetate</i>	52
<i>losartan potassium</i>	35	MEKINIST	84
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	34	MEKTOVI	84
LOTEMAX SM	61	<i>meloxicam</i>	69
<i>lovastatin</i>	36	<i>memantine hcl titration pak</i>	31
<i>low-ogestrel</i>	50	<i>memantine hydrochloride</i>	31
<i>loxapine</i>	86	<i>memantine hydrochloride er</i>	31
<i>lubiprostone</i>	45	MENACTRA	59
LUMAKRAS	81	MENEST	50
LUMIGAN	61	<i>menquadfi</i>	59
LUMIZYME	97	MENVEO	59
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	53	<i>mercaptopurine</i>	81
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	53	<i>meropenem</i>	72
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	53	<i>mesalamine</i>	38
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	53	<i>mesalamine dr</i>	37
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	53	<i>mesalamine er</i>	37
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	54	MESNEX	82

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>metformin hydrochloride</i>	95	M-M-R II	59
<i>metformin hydrochloride er</i>	95	<i>modafinil</i>	42
<i>methadone hcl</i>	68	<i>moexipril hcl</i>	37
<i>methadone hydrochloride</i>	68	<i>molindone hydrochloride</i>	86
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	68	<i>mometasone furoate</i>	44
<i>methazolamide</i>	60	<i>mometasone furoate</i>	64
<i>methenamine hippurate</i>	71	<i>mondoxyne nl</i>	73
<i>methimazole</i>	54	<i>mono-linyah</i>	50
<i>methocarbamol</i>	97	<i>mononessa</i>	50
<i>methotrexate</i>	57	<i>montelukast sodium</i>	64
<i>methotrexate sodium</i>	57	<i>morgidox 1x100mg</i>	73
<i>methsuximide</i>	74	<i>morgidox 2x100mg</i>	73
<i>methyl dopa</i>	35	<i>morphine sulfate</i>	68
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	41	<i>morphine sulfate er</i>	68
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	41	MOTEGRITY	45
<i>methylprednisolone</i>	53	MOUNJARO	95
<i>methylprednisolone dose pack</i>	53	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	73
<i>metoclopramide hcl</i>	46	<i>hydrochloride</i>	
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	46	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	61
<i>metolazone</i>	37	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	73
<i>metoprolol succinate er</i>	33	MRESVIA	59
<i>metoprolol tartrate</i>	33	<i>mupirocin</i>	45
<i>metronidazole</i>	43	<i>mycophenolate mofetil</i>	57
<i>metronidazole</i>	71	<i>mycophenolic acid dr</i>	58
<i>metronidazole vaginal</i>	71	<i>myorisan</i>	43
<i>metyrosine</i>	34	MYRBETRIQ	47
<i>mexiletine hcl</i>	35	NABI-HB	56
<i>microgestin 1.5/30</i>	50	<i>nabumetone</i>	69
<i>microgestin 1/20</i>	50	<i>nadolol</i>	33
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	50	<i>nafacillin sodium</i>	72
<i>microgestin fe 1/20</i>	50	NAGLAZYME	97
<i>midodrine hcl</i>	35	<i>naloxone hcl</i>	62
<i>mifepristone</i>	52	<i>naloxone hydrochloride</i>	62
<i>miglustat</i>	97	<i>naltrexone hcl</i>	62
<i>mili</i>	50	NAMZARIC	31
<i>mimvey</i>	50	<i>naproxen</i>	69
<i>mimvey lo</i>	50	<i>naproxen dr</i>	69
<i>minocycline hcl</i>	73	<i>naproxen sodium</i>	69
<i>minocycline hydrochloride</i>	73	<i>naratriptan hcl</i>	31
<i>minoxidil</i>	37	NATACYN	61
<i>mirtazapine</i>	76	<i>nateglinide</i>	95
<i>mirtazapine odt</i>	76	NAYZILAM	75
<i>misoprostol</i>	46	<i>nebivolol</i>	33

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nebivolol hydrochloride</i>	33	<i>norlyda</i>	52
<i>necon 0.5/35-28</i>	50	<i>norlyroc</i>	52
<i>necon 7/7/7</i>	50	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	50
<i>nefazodone hydrochloride</i>	77	<i>nortrel 1/35</i>	50
<i>neomycin sulfate</i>	70	<i>nortrel 7/7/7</i>	51
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	60	<i>nortriptyline hcl</i>	77
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	60	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	77
<i>one</i>		NORVIR	88
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	60	NOVOLIN 70/30	96
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	60	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	96
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	67	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	96
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	67	NOVOLIN 70/30 RELION	96
<i>neo-polycin</i>	60	NOVOLIN N	96
<i>neo-polycin hc</i>	60	NOVOLIN N FLEXPEN	96
NERLYNX	84	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	96
NEULASTA	93	NOVOLIN N RELION	96
NEULASTA ONPRO KIT	94	NOVOLIN R	96
NEUPRO	32	NOVOLIN R FLEXPEN	96
<i>nevirapine</i>	90	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	96
<i>nevirapine er</i>	90	NOVOLIN R RELION	96
<i>niacin er</i>	36	NOVOLOG	96
NICOTROL NS	62	NOVOLOG FLEXPEN	96
<i>nifedipine er</i>	33	NOVOLOG FLEXPEN RELION	96
<i>nilutamide</i>	80	NOVOLOG MIX 70/30	96
<i>nimodipine</i>	33	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	97
NINLARO	81	FLEXPEN	
<i>nitazoxanide</i>	86	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	97
<i>nitisinone</i>	97	FLEXPEN RELION	
NITRO-BID	37	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	97
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	71	NOVOLOG PENFILL	97
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	71	NOVOLOG RELION	97
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	71	NUBEQA	80
<i>nitroglycerin</i>	37	NUCALA	63
<i>nitroglycerin</i>	46	NUDEXTA	42
<i>nitroglycerin transdermal</i>	37	NUPLAZID	87
<i>nizatidine</i>	46	NURTEC	32
<i>nora-be</i>	52	NUTRILIPID	66
<i>norethindrone</i>	52	<i>nyamyc</i>	79
<i>norethindrone acetate</i>	52	<i>nylia 1/35</i>	51
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	50	<i>nylia 7/7/7</i>	51
<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	50	NYMALIZE	33
<i>estradiol/ferrous fumarate</i>		<i>nymyo</i>	51
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	50	<i>nystatin</i>	79

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nystatin/triamcinolone</i>	43	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	67
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	43	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	67
<i>nystop</i>	79	<i>ondansetron hcl</i>	78
OCREVUS	39	<i>ondansetron hydrochloride</i>	78
OCREVUS ZUNOVO	39	<i>ondansetron odt</i>	78
OCTAGAM	56	ONUREG	81
<i>octreotide acetate</i>	54	OPDUALAG	82
ODEFSEY	90	OPSUMIT	64
ODOMZO	84	<i>oralone dental paste</i>	42
OFEV	63	ORENCIA	55
<i>ofloxacin</i>	61	ORENCIA	58
<i>ofloxacin</i>	67	ORENCIA CLICKJECT	55
OGSIVEO	81	ORENITRAM	64
OJEMDA	84	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	64
OJJAARA	84	1	
<i>okebo</i>	74	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	64
<i>olanzapine</i>	87	2	
<i>olanzapine odt</i>	87	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	64
<i>olmesartan medoxomil</i>	35	3	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	34	ORGOVYX	54
<i>olopatadine hcl</i>	60	ORKAMBI	63
<i>olopatadine hydrochloride</i>	60	<i>orphenadrine citrate er</i>	97
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	36	ORSERDU	81
<i>omeprazole</i>	46	<i>orsythia</i>	51
<i>omeprazole dr</i>	46	<i>oseltamivir phosphate</i>	89
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO KIT	66	OSMOLEX ER	32
(GEN 5)		OSPHERA	47
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	66	OTEZLA	43
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	66	OTEZLA	55
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	66	<i>oxaprozin</i>	69
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	66	OXBRYTA	94
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	66	<i>oxcarbazepine</i>	75
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	67	OXLUMO	67
KIT (GEN 3)		<i>oxybutynin chloride</i>	47
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	67	<i>oxybutynin chloride er</i>	47
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	67	<i>oxycodone hydrochloride</i>	68
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	67	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	68
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	67	OZEMPIC	95
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	67	PACERONE	35
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	67	<i>paliperidone er</i>	87
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	67	PANRETIN	85
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	67	<i>pantoprazole sodium</i>	46
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	67	PANZYGA	56

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>paricalcitol</i>	38	<i>pioglitazone hcl</i>	95
<i>paroex</i>	42	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	95
<i>paromomycin sulfate</i>	70	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	95
<i>paroxetine hcl</i>	77	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	72
<i>paroxetine hydrochloride</i>	77	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	84
<i>paser</i>	79	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	84
PAXLOVID	67	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	84
<i>pazopanib hydrochloride</i>	84	<i>pirfenidone</i>	63
PEDIARIX	59	<i>pirmella 1/35</i>	51
PEDVAX HIB	59	<i>pirmella 7/7/7</i>	51
<i>peg 3350/electrolytes</i>	46	<i>piroxicam</i>	69
<i>peg-3350/electrolytes</i>	46	<i>pitavastatin calcium</i>	36
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	46	PLENAMINE	92
PEGANONE	75	<i>podofilox</i>	43
PEGASYS	56	<i>polycin</i>	60
PEGASYS PROCLICK	56	<i>polyethylene glycol 3350</i>	45
PEMAZYRE	81	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	60
PENBRAYA	59	POMALYST	80
<i>penicillamine</i>	47	<i>portia-28</i>	51
<i>penicillin g sodium</i>	72	<i>posaconazole</i>	79
<i>penicillin v potassium</i>	72	<i>posaconazole dr</i>	79
PENTACEL	59	<i>potassium chloride</i>	92
<i>pentamidine isethionate</i>	86	<i>potassium chloride er</i>	92
<i>pentoxifylline er</i>	34	<i>potassium chloride sr</i>	92
<i>perindopril erbumine</i>	37	<i>potassium citrate er</i>	92
<i>permethrin</i>	45	PRALUENT	36
<i>perphenazine</i>	86	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	32
PERSERIS	87	<i>prasugrel hydrochloride</i>	93
<i>phenadoz</i>	78	<i>pravastatin sodium</i>	36
<i>phenelzine sulfate</i>	76	<i>praziquantel</i>	85
<i>phenobarbital</i>	74	<i>prazosin hydrochloride</i>	33
PHENYTEK	75	<i>prednisolone</i>	53
<i>phenytoin</i>	75	<i>prednisolone acetate</i>	61
<i>phenytoin sodium extended</i>	75	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	53
PHESGO	81	<i>prednisone</i>	53
<i>philith</i>	51	<i>pregabalin</i>	39
PICATO	43	PREHEVBRIO	59
PIFELTRO	90	PREMARIN	51
<i>pilocarpine hcl</i>	60	PREMPHASE	51
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	42	PREMPRO	51
<i>pimozide</i>	86	<i>prenatal</i>	93
<i>pimtreea</i>	51	<i>prevalite</i>	36
<i>pindolol</i>	33	<i>previfem</i>	51

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PREVYMIS	89	PYRUKYND	94
PREZCOBIX	88	PYRUKYND TAPER PACK	94
PREZISTA	88	QINLOCK	80
PRIFTIN	79	QUADRACEL	59
<i>primaquine phosphate</i>	86	<i>quetiapine fumarate</i>	87
<i>primidone</i>	74	<i>quetiapine fumarate er</i>	87
PRIORIX	59	<i>quinapril hydrochloride</i>	37
PRIVIGEN	56	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	34
PROAIR RESPICLICK	66	<i>quinidine sulfate</i>	35
<i>probenecid</i>	37	<i>quinine sulfate</i>	86
<i>probenecid/colchicine</i>	37	QULIPTA	32
<i>prochlorperazine</i>	78	QVAR REDIHALER	64
<i>prochlorperazine edisylate</i>	78	RABAVERT	59
<i>prochlorperazine maleate</i>	78	<i>rabeprazole sodium</i>	46
PROCRIT	94	<i>raloxifene hydrochloride</i>	47
<i>procto-med hc</i>	38	<i>ramelteon</i>	42
<i>proctosol hc</i>	38	<i>ramipril</i>	37
<i>proctozone-hc</i>	38	<i>ranolazine er</i>	34
<i>progesterone</i>	52	<i>rasagiline mesylate</i>	32
PROGRAF	58	RAYALDEE	38
PROLASTIN-C	97	REBIF	39
PROLENSA	61	REBIF REBIDOSE	39
PROLIA	38	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	39
PROMACTA	94	REBIF TITRATION PACK	39
<i>promethazine hcl</i>	78	RECOMBIVAX HB	59
<i>promethazine hydrochloride</i>	78	RECTIV	46
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	78	RELISTOR	45
<i>promethegan</i>	78	REMICADE	58
<i>propafenone hcl</i>	35	RENFLEXIS	58
<i>propafenone hydrochloride</i>	35	<i>repaglinide</i>	95
<i>propafenone hydrochloride er</i>	35	REPATHA	36
<i>propranolol hcl</i>	33	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	36
<i>propranolol hcl er</i>	33	REPATHA SURECLICK	36
<i>propranolol hydrochloride</i>	33	RESTASIS	60
<i>propranolol hydrochloride er</i>	33	RESTASIS MULTIDOSE	60
<i>propylthiouracil</i>	54	RETACRIT	94
PROQUAD	59	RETEVMO	81
<i>protriptyline hcl</i>	77	RETROVIR IV INFUSION	90
PULMOZYME	63	REVCOVI	97
PURIXAN	81	REVLIMID	80
<i>pyrazinamide</i>	79	REXULTI	87
<i>pyridostigmine bromide</i>	32	REYATAZ	88
<i>pyrimethamine</i>	86	REZLIDHIA	84

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
REZUROCK	58	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	97
RHOPRESSA	60	SAVELLA	40
<i>ribavirin</i>	89	SAVELLA TITRATION PACK	40
<i>rifabutin</i>	78	SCSEMBLIX	82
<i>rifampin</i>	79	<i>scopolamine</i>	78
<i>riluzole</i>	42	SECUADO	88
RINVOQ	55	<i>selegiline hcl</i>	32
RINVOQ LQ	55	<i>selenium sulfide</i>	44
<i>risedronate sodium</i>	38	SELZENTRY	88
<i>risedronate sodium dr</i>	38	SEREVENT DISKUS	66
RISPERDAL CONSTA	87	<i>sertraline hcl</i>	77
<i>risperidone</i>	88	<i>sertraline hydrochloride</i>	77
<i>risperidone er</i>	87	<i>setlakin</i>	51
<i>risperidone odt</i>	87	<i>sevelamer carbonate</i>	91
<i>ritonavir</i>	88	SFROWASA	38
<i>rivastigmine tartrate</i>	31	<i>sharobel</i>	52
<i>rivastigmine transdermal system</i>	31	SHINGRIX	59
<i>rivelsa</i>	51	SIGNIFOR	54
<i>rizatriptan benzoate</i>	31	SIGNIFOR LAR	54
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	31	<i>sildenafil citrate</i>	64
ROCKLATAN	60	<i>silodosin</i>	47
<i>roflumilast</i>	66	<i>silver sulfadiazine</i>	43
ROLVEDON	94	SIMBRINZA	60
<i>ropinirole hcl</i>	32	<i>simliya</i>	51
<i>ropinirole hydrochloride</i>	32	<i>simpesse</i>	51
<i>rosadan</i>	43	<i>simvastatin</i>	36
<i>rosuvastatin calcium</i>	36	<i>sirolimus</i>	58
ROTARIX	59	SIRTURO	79
ROTATEQ	59	SKYCLARYS	67
<i>roweepira</i>	75	SKYRIZI	55
<i>roweepira xr</i>	75	SKYRIZI PEN	55
ROZLYTREK	84	<i>sodium chloride</i>	93
RUBRACA	84	<i>sodium chloride 0.45%</i>	93
<i>rufinamide</i>	75	<i>sodium chloride 0.9%</i>	67
RUKOBIA	88	<i>sodium oxybate</i>	42
RUXIENCE	80	<i>sodium phenylbutyrate</i>	97
RYBELSUS	95	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	91
RYDAPT	84	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	46
RYTARY	32	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	89
<i>sajazir</i>	55	<i>solifenacin succinate</i>	47
SANDIMMUNE	58	SOLQUA 100/33	95
SANTYL	43	SOLTAMOX	80
SAPHNELO	55		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SOMATULINE DEPOT	54	<i>sulindac</i>	69
SOMAVERT	54	<i>sumatriptan</i>	31
<i>sorafenib</i>	84	<i>sumatriptan succinate</i>	31
<i>sorafenib tosylate</i>	84	<i>sunitinib malate</i>	84
<i>sorine</i>	35	SUNLENCA	88
<i>sotalol hcl</i>	35	SUTAB	46
<i>sotalol hydrochloride</i>	35	SYMPAZAN	74
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	35	SYMTUZA	88
SOTYKTU	43	SYNAGIS	56
SPEVIGO	44	SYNJARDY	95
SPIRIVA HANDIHALER	65	SYNJARDY XR	95
SPIRIVA RESPIMAT	65	SYNRIBO	82
<i>spironolactone</i>	36	TABLOID	81
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	34	TABRECTA	80
SPRAVATO 56MG DOSE	76	<i>tacrolimus</i>	44
SPRAVATO 84MG DOSE	76	<i>tacrolimus</i>	58
<i>sprintec 28</i>	51	<i>tadalafil</i>	47
SPRITAM	75	<i>tadalafil</i>	64
SPRYCEL	84	TAFINLAR	84
<i>sps</i>	91	TAGRISSE	84
<i>sronyx</i>	51	TALZENNA	84
<i>ssd</i>	43	<i>tamoxifen citrate</i>	81
STAMARIL	59	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	47
<i>stavudine</i>	90	<i>tarina fe 1/20</i>	51
STELARA	55	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	51
STIOLTO RESPIMAT	63	TASIGNA	84
STIVARGA	84	<i>tazarotene</i>	43
STRENSIQ	98	TAZICEF	72
<i>streptomycin sulfate</i>	70	<i>taztia xt</i>	34
STRIBILD	89	TAZVERIK	82
<i>subvenite</i>	75	TDVAX	59
<i>subvenite starter kit/blue</i>	76	TEFLARO	72
<i>subvenite starter kit/green</i>	76	TEGSEDI	98
<i>subvenite starter kit/orange</i>	76	<i>telmisartan</i>	35
SUCRAID	98	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	34
<i>sucralfate</i>	46	<i>temazepam</i>	42
<i>sulfacetamide sodium</i>	61	TEMIXYS	90
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	60	TENIVAC	59
<i>phosphate</i>		<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	91
<i>sulfadiazine</i>	73	TEPMETKO	84
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	73	<i>terazosin hcl</i>	33
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	73	<i>terazosin hydrochloride</i>	33
<i>sulfasalazine</i>	38	<i>terbinafine hcl</i>	79

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>terconazole</i>	80	TOUJEO MAX SOLOSTAR	97
<i>teriparatide</i>	38	TOUJEO SOLOSTAR	97
<i>testosterone</i>	48	TRADJENTA	95
<i>testosterone cypionate</i>	48	<i>tramadol hydrochloride</i>	68
<i>testosterone enanthate</i>	48	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	68
<i>testosterone pump</i>	48	<i>trandolapril</i>	37
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	59	<i>tranexamic acid</i>	93
<i>tetrabenazine</i>	42	<i>tranylcypramine sulfate</i>	76
<i>tetracycline hydrochloride</i>	74	TRAZIMERA	80
TEVIMBRA	80	<i>trazodone hydrochloride</i>	78
THALOMID	80	TRECATOR	79
<i>theophylline er</i>	66	TRELEGY ELLIPTA	63
<i>thioridazine hcl</i>	86	TRELSTAR MIXJECT	54
<i>thiothixene</i>	86	TRESIBA	97
<i>tiadylt er</i>	34	TRESIBA FLEXTOUCH	97
<i>tiagabine hydrochloride</i>	74	<i>tretinoin</i>	43
TIBSOVO	84	<i>tretinoin</i>	85
TICOVAC	59	<i>tri femynor</i>	51
<i>timolol maleate</i>	32	<i>triamcinolone acetonide</i>	44
<i>timolol maleate</i>	60	<i>triamcinolone acetonide</i>	53
<i>tinidazole</i>	71	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	43
<i>tiotropium bromide</i>	65	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	35
TIVICAY	90	<i>triderm</i>	44
TIVICAY PD	90	<i>trientine hydrochloride</i>	91
<i>tizanidine hcl</i>	31	<i>tri-estarylla</i>	51
<i>tizanidine hydrochloride</i>	31	<i>trifluoperazine hcl</i>	86
TOBI PODHALER	63	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	86
TOBRADEX	61	<i>trifluridine</i>	61
TOBRADEX ST	61	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	32
<i>tobramycin</i>	61	TRIJARDY XR	95
<i>tobramycin</i>	63	TRIKAFTA	63
<i>tobramycin sulfate</i>	70	<i>tri-linyah</i>	51
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	61	<i>trilyte</i>	46
<i>tolazamide</i>	95	<i>trimethoprim</i>	71
<i>tolterodine tartrate</i>	47	<i>tri-mili</i>	51
<i>tolterodine tartrate er</i>	47	<i>trimipramine maleate</i>	77
<i>topiramate</i>	76	<i>trinessa</i>	51
<i>topotecan hcl</i>	82	TRINTELLIX	78
<i>topotecan hydrochloride</i>	82	<i>tri-nymyo</i>	51
<i>toremifene citrate</i>	81	<i>tri-previfem</i>	51
<i>torpenz</i>	84	TRIPTODUR	54
<i>torse mide</i>	36	<i>tri-sprintec</i>	51
		TRIUMEQ	91

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TRIUMEQ PD	91	<i>varenicline tartrate</i>	62
<i>trivora-28</i>	51	VARIVAX	59
<i>tri-vylibra</i>	51	VARIZIG	56
TRIZIVIR	91	VAXCHORA	59
TROGARZO	88	VAXELIS	59
<i>tropium chloride</i>	47	VELPHORO	91
<i>tropium chloride er</i>	47	VELTASSA	91
TRULICITY	95	VENCLEXTA	85
TRUMENBA	59	VENCLEXTA STARTING PACK	85
TRUQAP	85	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	78
TRUSELTIQ	82	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	78
TUKYSA	82	VENTAVIS	64
<i>tulana</i>	52	VEOPOZ	55
TURALIO	85	<i>verapamil hcl</i>	34
<i>turqoz</i>	51	<i>verapamil hcl er</i>	34
TWINRIX	59	<i>verapamil hcl sr</i>	34
TYBOST	88	<i>verapamil hydrochloride</i>	34
TYMLOS	38	<i>verapamil hydrochloride er</i>	34
TYPHIM VI	59	VERQUVO	37
TYRVAYA	67	VERSACLOZ	86
TYSABRI	39	VERZENIO	85
UBRELVY	32	V-GO 20	67
UDENYCA	94	V-GO 30	67
UDENYCA ONBODY	94	V-GO 40	67
<i>unithroid</i>	53	VIDEX EC	91
<i>urea</i>	43	VIDEX PEDIATRIC	91
<i>ursodiol</i>	46	<i>vienna</i>	51
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	89	<i>vigabatrin</i>	74
VALCHLOR	80	<i>vigadrone</i>	74
<i>valganciclovir</i>	89	VIGAFYDE	74
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	89	<i>vigpoder</i>	74
<i>valproic acid</i>	62	VIIBRYD STARTER PACK	78
<i>valsartan</i>	35	<i>vilazodone hydrochloride</i>	78
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	35	VIMIZIM	98
VALTOCO 10 MG DOSE	74	<i>viorele</i>	51
VALTOCO 15 MG DOSE	74	VIRACEPT	88
VALTOCO 20 MG DOSE	74	VIREAD	91
VALTOCO 5 MG DOSE	74	VISTOGARD	67
<i>vancomycin hcl</i>	71	VITRAKVI	85
<i>vancomycin hydrochloride</i>	71	VIVITROL	62
VANFLYTA	85	VIZIMPRO	85
VAQTA	59	VOCABRIA	90
<i>varenicline starting month box</i>	62	<i>volnea</i>	51

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VONJO	82	XTAMPZA ER	68
VORANIGO	85	XTANDI	80
<i>voriconazole</i>	80	<i>yargesa</i>	98
VOSEVI	89	YF-VAX	59
VOTRIENT	85	YUFLYMA 1-PEN KIT	58
VOWST	46	YUFLYMA 2-PEN KIT	58
VRAYLAR	88	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	58
VUMERITY	39	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	58
<i>vyfemla</i>	51	YUPELRI	65
VYJUVEK	67	<i>yuvafem</i>	52
<i>vylibra</i>	51	<i>zafirlukast</i>	64
VYNDAMAX	35	<i>zaleplon</i>	42
VYVGART HYTRULO	55	ZARXIO	94
VYZULTA	61	ZEJULA	85
<i>warfarin sodium</i>	93	ZELBORAF	85
WELIREG	85	<i>zenatane</i>	43
<i>vera</i>	51	ZENPEP	98
<i>wixela inhub</i>	63	ZEPOSIA	39
XALKORI	85	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	39
XARELTO	93	ZEPOSIA STARTER KIT	39
XARELTO STARTER PACK	93	<i>zidovudine</i>	91
XATMEP	58	<i>ziprasidone hcl</i>	88
XCOPRI	76	<i>ziprasidone mesylate</i>	88
XELJANZ	55	ZIRGAN	61
XELJANZ XR	55	ZOKINVY	98
XEMBIFY	56	ZOLINZA	82
XERMELO	45	<i>zolmitriptan</i>	31
XGEVA	38	<i>zolpidem tartrate</i>	42
XIFAXAN	46	<i>zolpidem tartrate er</i>	42
XIGDUO XR	95	ZONISADE	75
XIIDRA	61	<i>zonisamide</i>	75
XOFLUZA	89	ZOSTAVAX	59
XOLAIR	55	<i>zovia 1/35</i>	52
XOLREMDI	94	<i>zovia 1/35e</i>	52
XOSPATA	85	ZTALMY	42
XPOVIO	82	ZURZUVAE	76
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	82	ZYDELIG	85
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	82	ZYKADIA	85
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	82	ZYLET	61
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	82	ZYPREXA RELPREVV	88
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	82		
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	82		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	82		

ID de formulario: 24066, Versión: 18, Fecha efectiva: 11/01/2024

Ultima actualización: octubre 2024

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

Esta farmacopea se actualizó el 10/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente de Farmacia de CCA Health Michigan al 844-705-7498 (TTY 711). Nuestro horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede visitar ccahealthmi.org.

© 2024 CCA Health Michigan, Inc.