

CCA Health Michigan

CCA Medicare Excel (HMO POS)

Lista de medicamentos cubiertos 2024 (Farmacopea)



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

Esta farmacopea se actualizó el 06/01/2024. 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.

H9861_24_LOCD1_C | | July 2024 | Formulary ID 24069, Version Number 13

CCA Medicare Excel (HMO POS)

Lista de medicamentos cubiertos 2024 (Farmacopea)

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

CCA Medicare Excel (HMO POS) es un plan de salud que tiene un contrato de Medicare. 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 hace referencia a CCA Medicare Excel (HMO POS).

En el estado de Michigan, CCA Health Michigan, Inc. opera como CCA Health Michigan.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (farmacopea) de nuestro plan que está vigente al 07/01/2024. Para obtener una farmacopea actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

Puede encontrar una **Lista de medicamentos cubiertos** de CCA Medicare Excel actualizada en línea, en www.ccahealthmi.org, o llamando al 855-959-5855 (TTY 711).

Generalmente, debe usar farmacias de la red para utilizar el beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la farmacopea, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

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.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame 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). Las llamadas son gratuitas.

Conservaremos en nuestros archivos su solicitud de formatos alternativos y lenguaje especial para el envío de futuros correos. Comuníquese con Servicios al Miembro para cambiar su solicitud de idioma o formato preferidos.

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、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): យើងមានសេវាកម្មប្រែច្លាស់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែច្លាស់មាត់ 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.

¿Qué es la farmacopea de CCA Medicare Excel?

Una farmacopea es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CCA Medicare Excel (HMO POS) en colaboración con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye los tratamientos recetados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, CCA Medicare Excel cubrirá los medicamentos indicados en nuestra farmacopea, siempre y cuando sean médicamente necesarios, las recetas se surtan en una farmacia de la red de CCA Medicare Excel y se sigan otras reglas del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por CCA Medicare Excel, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

¿La farmacopea (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero CCA Medicare Excel puede agregar o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, transferirlos a diferentes niveles de costos compartidos o incorporar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

Cambios que lo pueden afectar este año. En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparezca con el mismo nivel de costos compartidos, o con un costo compartido menor, y con las mismas restricciones o con menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero transferirlo de inmediato a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de que realicemos ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o la persona que extienda la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos, también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar detalles en la siguiente sección titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra farmacopea no es seguro o si el fabricante del

medicamento lo retira del mercado, lo retiraremos de inmediato de nuestra farmacopea y notificaremos a los miembros que lo tomen.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está incluido en la farmacopea o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o transferirlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas opciones. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra farmacopea o agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada en relación con un medicamento, o lo transferimos a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o bien, en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento. En esa ocasión, el miembro recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona que extienda la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos, también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar detalles en la siguiente sección titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento que figura en nuestra farmacopea 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, tales cambios lo afectarían, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si existen cambios en los medicamentos.

La farmacopea adjunta está vigente a partir del 07/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Excel, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada.

¿Cómo utilizo la farmacopea?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la farmacopea:

Enfermedad

La farmacopea comienza en la página 14. Los medicamentos de esta farmacopea se agrupan en categorías según el tipo de enfermedad para cuyo tratamiento se utilizan.

Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 14. Luego busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 83. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. El Índice incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. 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.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

CCA Medicare Excel cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como medicamento que contiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** CCA Medicare Excel requiere que usted o su proveedor de atención médica obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de CCA Medicare Excel antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que CCA Medicare Excel no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para determinados medicamentos, CCA Medicare Excel limita la cantidad que cubrirá. Por ejemplo, CCA Medicare Excel brinda 60 comprimidos por cada receta para 30 días de ENTRESTO. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, CCA Medicare Excel requiere que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para la misma enfermedad. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su enfermedad, es posible que CCA Medicare Excel no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, CCA Medicare Excel cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando la farmacopea que comienza en la página 14. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos si visita nuestro sitio web en 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. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a CCA Medicare Excel que haga una excepción a estas restricciones o límites, o bien, que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan servir para tratar su enfermedad. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?” para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la farmacopea?

Si su medicamento no está incluido en esta farmacopea (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Comuníquese con nosotros para obtener más información. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada. Si se entera de que CCA Medicare Excel no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CCA Medicare Excel. Cuando reciba la lista, muéstresela a su proveedor de atención médica y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CCA Medicare Excel.
- Puede solicitar a CCA Medicare Excel que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?

Puede solicitar a CCA Medicare Excel que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestra farmacopea. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel predeterminado de costos compartidos, y usted no podrá solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la farmacopea a un nivel de costos compartidos más bajo. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

- Puede solicitarnos que anulemos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, CCA Medicare Excel limita la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que lo anulemos y cubramos una cantidad mayor.

En general, CCA Medicare Excel solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la farmacopea del plan, el medicamento en el nivel más bajo de costos compartidos o las restricciones de utilización adicionales no serían tan eficaces para el tratamiento de su enfermedad o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción a la farmacopea, nivel o restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción a la farmacopea, nivel o restricción de utilización, debe presentar una declaración de la persona que extienda la receta o proveedor de atención médica que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de la persona que extienda la receta.

Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su proveedor de atención médica creen que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si se concede su solicitud para acelerar la decisión, debemos darle una resolución a más tardar 24 horas después de recibir una declaración de respaldo de su proveedor u otra persona que extienda la receta.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi proveedor de atención médica sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra farmacopea. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestra farmacopea, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su proveedor para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción a la farmacopea para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su proveedor para determinar el curso de acción adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante sus primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra farmacopea o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta se emitió por menos días, permitiremos resurtidos para brindar un suministro máximo de hasta 30 días de medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra farmacopea o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero

han pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la farmacopea.

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.

Obtenga más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de CCA Medicare Excel, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CCA Medicare Excel, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

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

Farmacopea de CCA Medicare Excel

La farmacopea que comienza en la página 14 brinda información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Excel. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 83.

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*).

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

Costos compartidos de farmacia de CCA Medicare Excel (HMO POS)

Deducible	\$ 0	
Copagos	Costos compartidos de farmacias minoristas y de pedidos por correo dentro de la red Suministro para 30 días	Costos compartidos de farmacias minoristas y de pedidos por correo dentro de la red Suministro para 100 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$0	\$0
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$141
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$300
Nivel 5 (Medicamentos especializados)	33 %	N/C
Productos de insulina	No más de \$10 por suministro para 30 días No más de \$30 por suministro para 100 días	
Etapa de brecha de cobertura Después de que los costos totales de sus medicamentos recetados alcancen los \$5,030 , y hasta que sus pagos alcancen los \$8,000 , usted paga lo siguiente:	<ul style="list-style-type: none"> Para el nivel 1 (genéricos preferidos) y el nivel 2 (genéricos) solamente, su costo compartido es de \$0 durante la brecha en la cobertura. Para el nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), nivel 4 (medicamentos no preferidos) y nivel 5 (medicamentos especializados): <ul style="list-style-type: none"> 25 % de los costos de los medicamentos genéricos de la Parte D 25 % de los costos de los medicamentos de marca de la Parte D 	
Etapa de cobertura en casos de catástrofe Después de la brecha en la cobertura, cuando sus pagos del año son superiores a \$8,000 , usted paga lo siguiente:	Costo compartido de \$0 durante la fase catastrófica	

Lista de abreviaturas

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 Excel 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 Excel antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que CCA Medicare Excel 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 Excel 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 Excel no cubra este medicamento.

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

ST: Terapia escalonada. Para algunos medicamentos, CCA Medicare Excel 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.

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-aspártico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	GC
<i>memantine hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet</i>	2	GC
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating</i>	2	GC
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	1	GC
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	4	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	GC
<i>galantamine hydrobromide er</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution, tablet</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	GC
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	GC
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	GC
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	GC
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); GC
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet</i>	2	QL(9 EA por 30 días); GC
<i>sumatriptan succinate injection</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan solution</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate solution</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
Profiláctico		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	4	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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 120MG/ML	4	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
NURTEC	5	QL(18 EA por 30 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Agentes antimiastrénicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
GUANIDINE HCL	4	
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	GC
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	GC
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	GC
<i>Anticolinérgicos</i>		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	GC
<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	GC
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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 hcl tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	GC
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg</i>	2	GC
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	GC
<i>tiadylt er</i>	2	GC
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg, 240mg</i>	2	GC
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	GC
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg</i>	2	GC
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	GC
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>aliskiren</i>	2	GC
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	GC
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	GC
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	2	GC
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	GC
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	GC
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	GC
CORLANOR TABLET	4	QL(60 EA por 30 días); PA
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
ENTRESTO	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>epinephrine injection 1mg/ml</i>	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	GC
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>metyrosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>pentoxifylline er</i>	2	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>ranolazine er</i>	2	GC
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	GC
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	2	GC
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	GC
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	GC
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	GC
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>methyldopa tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>midodrine hcl</i>	2	GC
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	GC
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	1	GC
<i>losartan potassium tablet</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	1	GC
<i>telmisartan</i>	1	GC
<i>valsartan tablet</i>	1	GC
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	GC
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	GC
<i>digox</i>	2	GC
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg, 62.5mcg</i>	2	GC
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	GC
<i>mexiletine hcl capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	1	GC
PACERONE TABLET 100MG, 400MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	GC
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>quinidine sulfate tablet</i>	3	
<i>sorine</i>	2	GC
<i>sotalol hcl</i>	2	GC
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	GC
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	GC
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	GC
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	GC
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	GC
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	GC
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
LIVALO	4	ST
<i>lovastatin tablet</i>	1	GC
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	1	GC
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	1	GC
<i>simvastatin tablet</i>	1	GC
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hcl tablet</i>	3	
<i>colestipol hcl granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	GC
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	GC
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>amiloride hcl tablet</i>	1	GC
<i>eplerenone</i>	3	
<i>spironolactone tablet</i>	1	GC
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	GC
<i>furosemide tablet</i>	1	GC
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>toremide tablet</i>	1	GC
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorothiazide tablet</i>	2	GC
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	GC
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	GC
<i>indapamide tablet</i>	1	GC
<i>metolazone</i>	2	GC
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	GC
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	1	GC
<i>captopril tablet</i>	2	GC
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium</i>	1	GC
<i>lisinopril tablet</i>	1	GC
<i>moexipril hcl</i>	2	GC
<i>perindopril erbumine</i>	2	GC
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	GC
<i>ramipril</i>	1	GC
<i>trandolapril</i>	1	GC
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	GC
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	GC
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	GC
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	1	GC
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	1	GC
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	GC
<i>minoxidil tablet</i>	2	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol</i>	1	GC
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	GC
<i>probenecid/colchicine</i>	2	GC
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	GC
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	GC
<i>proctosol hc</i>	2	GC
<i>proctozone-hc</i>	2	GC
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium solution</i>	4	
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	1	GC
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días); GC
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	GC
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1 EA por 28 días); GC
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BAFIERTAM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OCREVUS	5	PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
TYSABRI	5	PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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)
Agentes de fibromialgia		
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 30mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 15mg, 20mg, 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>guanfacine er tablet extended release 24 hour 2mg</i>	3	
<i>guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg</i>	3	
<i>guanfacine hydrochloride tablet extended release 24 hour 3mg, 4mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
INGREZZA CAPSULE 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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
ZTALMY	5	PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días); GC
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	GC
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
KEPIVANCE	5	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	GC
<i>lidocaine viscous</i>	2	GC
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	GC
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>triamcinolone acetanide 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)

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>acyclovir ointment 5%</i>	4	
BACTROBAN NASAL	4	
<i>ciclodan solution</i>	2	PA; GC
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA; GC
<i>ciclopirox olamine</i>	2	GC
<i>ciclopirox gel</i>	2	GC
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días); GC
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	GC
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	GC
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días); GC
<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>alose tron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alose tron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hcl capsule</i>	2	GC
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose</i>	2	GC
<i>enulose</i>	2	GC
<i>generlac</i>	2	GC
<i>lactulose solution</i>	2	GC
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	GC
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>gavilyte-h</i>	2	GC
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	1	GC
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	2	GC
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	1	GC
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	GC
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	GC
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	GC
RECTIV	4	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	GC
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<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	GC
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	GC
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXILANT	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>dexlansoprazole</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	GC
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	GC
<i>doxazosin mesylate</i>	2	GC
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride capsule</i>	2	GC
<i>finasteride tablet</i>	1	GC
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	GC
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	GC
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	GC
<i>d-penammine</i>	5	
ELMIRON	4	
<i>penicillamine tablet</i>	5	
Antiespasmódicos, urinario		
GELNIQUE PUMP	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	GC
<i>solifenacin succinate</i>	2	GC
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>trospium chloride</i>	3	
<i>trospium chloride er</i>	4	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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 (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection</i>	5	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
INCRELEX	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	GC
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA; GC
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	3	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	PA
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 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	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol 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	GC
<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	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtreea</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	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-lynyah</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	
<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>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	GC
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días); GC
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	PA; GC
<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	GC
<i>norethindrone tablet</i>	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>norlyda</i>	3	
<i>norlyroc</i>	3	
<i>progesterone capsule</i>	2	GC
<i>sharobel</i>	3	
<i>tulana</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (prostaglandinas)</i>		
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	GC
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	GC
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone</i>	2	GC
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	GC
<i>prednisolone</i>	2	GC
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	2	GC
<i>prednisone tablet</i>	1	GC
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	GC
<i>prednisone solution</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	GC
LEVOXYL	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>liothyronine sodium</i>	2	GC
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
THYROLAR-1	4	
THYROLAR-1/2	4	
THYROLAR-1/4	4	
THYROLAR-2	4	
THYROLAR-3	4	
UNITHROID	3	
Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, inhibidor (hipófisis)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA
LANREOTIDE ACETATE INJECTION 120MG/0.5ML	5	PA
<i>lanreotide acetate injection 120mg/0.5ml</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
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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA
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(60 EA por 30 días); PA
LYSODREN	5	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	GC
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	GC
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ADBRY	5	QL(4 ML por 28 días); PA
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
ENJAYMO	5	PA
ILARIS INJECTION 150MG/ML	5	QL(2 ML por 28 días); PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA INJECTION 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
SAPHNELO	5	PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML, 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ	5	PA
VYVGART HYTRULO	5	PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
<i>Agentes para angioedema</i>		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE	5	PA
INTRON A	5	PA
PEGASYS	5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>		
ASCENIV	5	PA
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUTAQUIG	5	PA
CUVITRU	5	PA
GAMASTAN	3	PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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
PANZYGA	5	PA
PRIVIGEN	5	PA
SYNAGIS INJECTION 100MG/ML, 50MG/0.5ML	5	
VARIZIG INJECTION 125UNIT/1.2ML	5	PA
XEMBIFY	5	PA
<i>Inmunosupresores</i>		
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D; GC
<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
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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-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
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	4	
<i>leflunomide</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	GC
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	GC
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
REMICADE	5	PA
RENFLEXIS	5	PA
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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	
VAXELIS	3	
YF-VAX	3	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	GC
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	GC
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	GC
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	GC
<i>timolol maleate solution</i>	1	GC
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide er</i>	3	
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	GC
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	GC
<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>	2	GC
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	GC
<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	GC
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	GC
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	GC
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	GC
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	GC
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	GC
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	GC
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	GC
<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	GC
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	GC
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	GC
<i>trifluridine</i>	4	
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium solution 0.1%</i>	2	GC
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	GC
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	GC
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	2	GC
PROLENSA	4	QL(12 ML por 365 días)
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	GC
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	GC
<i>lithium carbonate er</i>	2	GC
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	GC
<i>valproic acid capsule, solution</i>	2	GC
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
<i>varenicline starting month box</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	GC
<i>naloxone hcl injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	GC
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días); GC
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	GC
<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)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hcl tablet</i>	2	GC
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
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
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); GC
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D; GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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); GC
<i>Agentes para fibrosis pulmonar</i>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</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
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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>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); GC
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días); GC
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hcl injection 50mg/ml</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	GC
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>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	GC
<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</i>	1	GC
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	GC
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D; GC
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
<i>Broncodilatadores, simpaticomimético</i>		
<i>albuterol sulfate er</i>	4	
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días); GC
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días); GC
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días); GC
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D; GC
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D; GC
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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	GC
<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"	2	QL(200 EA por 30 días); GC
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días); GC
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días); GC
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días); GC
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días); GC
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días); GC
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días); GC
ELLA	3	
IGALMI	4	PA
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
NUTRILIPID	2	B/D; GC
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OXLUMO	5	PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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	GC
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días); GC
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días); GC
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	GC
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin solution 0.2%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS; GC
<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; GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS; GC
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS; GC
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS; GC
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS; GC
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS; GC
<i>lorcet hd</i>	2	NDS; GC
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS; GC
<i>morphine sulfate tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS; GC
<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; GC
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS; GC
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS; GC
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS; GC
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	GC
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días); GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	GC
<i>ibu</i>	1	GC
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	GC
<i>indomethacin er</i>	4	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	GC
<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	GC
<i>nabumetone tablet</i>	2	GC
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 375mg</i>	2	GC
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	GC
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	GC
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA; GC
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA; GC
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	GC
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	GC
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); GC
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días); GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clorazepate dipotassium tablet 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	GC
<i>diazepam concentrate, oral solution</i>	2	GC
<i>diazepam injection 5mg/ml</i>	4	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); GC
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días); GC
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días); GC
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días); GC
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	GC
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	3	
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	GC
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	GC
<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	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	GC
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	GC
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	GC
<i>tinidazole</i>	3	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	GC
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 250mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>Betalactámico, cefalosporinas</i>		
<i>cefaclor capsule</i>	2	GC
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	GC
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	GC
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	GC
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 7.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	GC
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	GC
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	GC
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	GC
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	GC
<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	GC
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	GC
<i>nafcillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	GC
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	
<i>meropenem</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	GC
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 200mg/5ml</i>	4	
Quinolonas		
CIPRO SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	GC
<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	GC
<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	GC
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	GC
<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	GC
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	GC
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	GC
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	GC
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl capsule 100mg</i>	2	GC
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	GC
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	GC
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de aumento de ácido γ-aminobutírico (GABA)		
<i>clobazam</i>	4	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<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); GC
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); GC
DIACOMIT	5	PA
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	GC
<i>divalproex sodium er</i>	2	GC
<i>divalproex sodium capsule delayed release sprinkle</i>	2	GC
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días); GC
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días); GC
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días); GC
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días); GC
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	GC
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)

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>vigabatrin</i>	5	PA
<i>vigadrone</i>	5	PA
<i>vigpoder</i>	5	PA
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine tablet chewable</i>	2	GC
<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	GC
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PEGANONE TABLET 250MG	4	
PHENYTEK	2	GC
<i>phenytoin infatabs</i>	2	GC
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	GC
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	GC
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
ZONISADE	4	ST
<i>zonisamide</i>	2	GC
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 er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine titration</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	GC
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	GC
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	GC
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	GC
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	GC
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	GC
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
XCOPRI TABLET	5	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA; (100mg-150mg)
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST
<i>bupropion hcl tablet 100mg</i>	2	GC
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); GC
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>bupropion hydrochloride tablet 75mg</i>	2	GC
<i>maprotiline hcl</i>	2	GC
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	GC
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZURZUVAE CAPSULE 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	
<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	GC
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	GC
<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	GC
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días); GC
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días); GC
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)

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	GC
<i>escitalopram oxalate solution</i>	2	GC
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	GC
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	GC
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	GC
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	GC
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	GC
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	GC
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	GC
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	GC
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	GC
VIIBRYD STARTER PACK	4	QL(60 EA por 365 días)
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<i>Adyuvantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D; GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>ondansetron hydrochloride injection 4mg/2ml</i>	4	
<i>ondansetron odt</i>	2	B/D; GC
Antieméticos, otros		
<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	GC
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	2	GC
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	2	GC
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	GC
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	GC
<i>isoniazid syrup</i>	3	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>casposfungin acetate injection 70mg</i>	4	
<i>casposfungin acetate injection 50mg</i>	5	
<i>clotrimazole cream</i>	2	GC
<i>clotrimazole troche</i>	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>econazole nitrate</i>	2	GC
<i>fluconazole in dextrose</i>	2	GC
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	GC
<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	GC
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días); GC
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días); GC
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días); GC
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	GC
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días); GC
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días); GC
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días); GC
<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>		

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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	GC
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
TRAZIMERA	5	PA
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	5	
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	GC
<i>toremifene citrate</i>	5	
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	4	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	GC
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
PURIXAN	5	
TABLOID	4	
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	5	PA
BESREMI	5	PA
COLUMVI	5	PA
EPKINLY	5	PA
GAVRETO	5	PA
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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
LONSURF	5	PA
LUMAKRAS	5	PA
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA; 20 MG DAILY DOSE
NINLARO	5	PA
OGSIVEO	5	PA
ONUREG	5	PA
ORSERDU	5	PA
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PHESGO	5	PA
RETEVMO	5	PA
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SYNRIBO	5	PA
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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
Antineoplásicos		
OPDUALAG	5	PA
Complementos del tratamiento		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
MESNEX TABLET	5	
Inhibidores de la aromatasas, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	1	GC
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	GC
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
BOSULIF	5	PA
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	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
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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>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; GC
<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
<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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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
TAGRISSE TABLET 80MG	5	PA
TAGRISSE TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TALZENNA	5	PA
TASIGNA	5	PA
TEPMETKO	5	PA
TIBSOVO	5	PA
TRUQAP	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
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 TABLET	5	PA
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA
PANRETIN	5	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
<i>Antihelmínticos</i>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA; GC
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<i>Antiprotozoico</i>		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	GC
<i>mefloquine hcl</i>	2	GC
<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		
<i>Primera generación/típico</i>		
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate, injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tablet 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	GC
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	GC
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	GC
<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	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días); GC
<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 CAPSULE	5	PA
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días); GC
<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); GC
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días); GC
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJECTION 25MG, 37.5MG, 50MG	5	
<i>risperidone er injection 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días); GC
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días); GC
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	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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	
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	
<i>maraviroc</i>	5	
RUKOBIA	5	
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	
SELZENTRY TABLET 75MG	5	
SUNLENCA	5	
TROGARZO	5	
TYBOST	4	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D; GC
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	GC
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 80MG	3	QL(2 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 20MG, 40MG	3	QL(4 EA por 365 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
REBETOL SOLUTION	5	
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	GC
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	GC
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
APRETUDE	5	
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABLET 10MG	4	
TIVICAY TABLET 25MG, 50MG	5	
VOCABRIA	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
INTELENCE TABLET 25MG	4	
<i>nevirapine</i>	2	GC
<i>nevirapine er</i>	4	
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	GC
<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); GC
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
RETROVIR IV INFUSION	4	
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	5	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIDEX EC CAPSULE DELAYED RELEASE 125MG	4	
VIDEX PEDIATRIC	4	
VIREAD POWDER	5	
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	
<i>zidovudine</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	4	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
<i>Aglutinantes de potasio</i>		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	3	
<i>sps</i>	3	
VELTASSA	4	
<i>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</i>		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 180mg</i>	2	PA; GC
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	4	PA
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
<i>Quelantes de fosfato</i>		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	
<i>Reemplazo de electrolitos/minerales</i>		
AMINOSYN II INJECTION 71.8MEQ/L; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 38MEQ/L; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 270MG/100ML; 500MG/100ML, 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	4	B/D
<i>aminosyn ii injection 107.6meq/l; 1490mg/100ml; 1527mg/100ml; 1050mg/100ml; 1107mg/100ml; 750mg/100ml; 450mg/100ml; 990mg/100ml; 1500mg/100ml; 1575mg/100ml; 258mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 405mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid</i>	5	
<i>dextrose 5%</i>	2	GC
<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	GC
<i>klor-con</i>	4	
<i>klor-con 10</i>	2	GC
<i>klor-con 8</i>	2	GC
<i>klor-con m10</i>	2	GC
<i>klor-con m15</i>	3	
<i>klor-con m20</i>	2	GC
<i>klor-con sprinkle</i>	2	GC
<i>klor-con/ef</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release</i>	2	GC
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	3	
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	GC
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	GC
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	GC
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	GC
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel</i>	2	GC
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	GC
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	GC
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG, 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
OXBRYTA TABLET 300MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	GC
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
FARXIGA	3	
<i>glimepiride</i>	1	GC
<i>glipizide er</i>	1	GC
<i>glipizide xl</i>	1	GC
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	GC
<i>glipizide tablet 10mg, 5mg</i>	1	GC
<i>glipizide tablet 2.5mg</i>	2	GC
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	GC
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	GC
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	GC
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	GC
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	1	GC

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
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	GC
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	GC
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	GC
<i>repaglinide</i>	1	GC
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	GC
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
<i>Agentes antigluccémicos</i>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT	4	ST
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG/ML	3	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Puede 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
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

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

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 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>	75
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	75
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	75
ABELCET	63
ABILIFY MAINTENA	71
<i>abiraterone acetate</i>	65
ABRYSVO	42
<i>acamprosate calcium dr</i>	46
<i>acarbose</i>	79
ACCUTANE	26
<i>acebutolol hcl</i>	16
<i>acebutolol hydrochloride</i>	16
<i>acetaminophen/codeine</i>	51
<i>acetazolamide</i>	17
<i>acetazolamide er</i>	43
<i>acetic acid</i>	51
<i>acetic acid 0.25%</i>	30
<i>acitretin</i>	26
ACTHIB	42
ACTIMMUNE	39
<i>acyclovir</i>	28
<i>acyclovir</i>	74
<i>acyclovir sodium</i>	74
ADACEL	42
ADBRY	38
<i>adefovir dipivoxil</i>	75
ADEMPAS	47
ADTHYZA	36
ADVAIR HFA	46
<i>afirmelle</i>	31
AIMOVIG	14
AKEEGA	65
ALA-CORT	26
<i>albendazole</i>	70
<i>albuterol sulfate</i>	49
<i>albuterol sulfate er</i>	49
<i>albuterol sulfate hfa</i>	49
<i>alclometasone dipropionate</i>	26
ALCOHOL PREP PADS	50
ALDURAZYME	82
ALECENSA	67

Nombre del medicamento	Página
<i>alendronate sodium</i>	21
<i>alfuzosin hcl er</i>	30
ALINIA	70
<i>aliskiren</i>	17
<i>allopurinol</i>	21
<i>alosetron hydrochloride</i>	28
ALPHAGAN P	43
<i>alprazolam</i>	53
<i>altavera</i>	31
ALUNBRIG	67
<i>alyacen 1/35</i>	31
<i>alyacen 7/7/7</i>	31
<i>alyq</i>	47
<i>amabelz</i>	31
<i>amantadine hcl</i>	73
<i>ambrisentan</i>	47
<i>amethia</i>	31
<i>amethia lo</i>	31
<i>amethyst</i>	31
<i>amikacin sulfate</i>	54
<i>amiloride hcl</i>	20
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	17
AMINOSYN II	76
AMINOSYN-PF	77
<i>amiodarone hydrochloride</i>	18
<i>amitriptyline hcl</i>	61
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	61
<i>amlodipine besylate</i>	16
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	17
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	17
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	17
<i>ammonium lactate</i>	26
<i>amnesteem</i>	26
<i>amoxapine</i>	61
<i>amoxicillin</i>	56
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	56
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	56
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	23
<i>amphotericin b</i>	63
<i>amphotericin b liposome</i>	63
<i>ampicillin</i>	56
<i>ampicillin sodium</i>	56
<i>ampicillin/sulbactam</i>	56
<i>ampicillin-sulbactam</i>	56

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>anagrelide hydrochloride</i>	78	AUGMENTIN	56
<i>anastrozole</i>	67	AUGTYRO	50
ANORO ELLIPTA	46	<i>aurovela 1.5/30</i>	31
<i>aprepitant</i>	62	<i>aurovela 1/20</i>	31
APRETUDE	74	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	31
APTIOM	59	<i>aurovela fe 1/20</i>	31
APTIVUS	72	AUSTEDO	24
AREXVY	42	AUVELITY	60
<i>arformoterol tartrate</i>	49	<i>aviane</i>	31
<i>aripiprazole</i>	71	AVONEX	22
<i>aripiprazole odt</i>	71	AVONEX PEN	22
ARISTADA	71	<i>ayuna</i>	32
ARISTADA INITIO	71	AYVAKIT	67
<i>armodafinil</i>	25	<i>azathioprine</i>	40
ARMOUR THYROID	36	<i>azelaic acid</i>	26
ARNUITY ELLIPTA	48	<i>azelastine hcl</i>	43
ASCENIV	39	<i>azelastine hcl</i>	48
<i>asenapine maleate sl</i>	71	<i>azelastine hydrochloride</i>	48
<i>ashlyna</i>	31	<i>azithromycin</i>	56
ASMANEX HFA	48	<i>aztreonam</i>	54
ASMANEX TWISTHALER 120	48	<i>azurette</i>	32
METERED DOSES		<i>bacitracin</i>	44
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	48	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	44
DOSES		<i>baclofen</i>	14
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	48	BACTROBAN NASAL	28
DOSES		BAFIERTAM	22
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	48	<i>balsalazide disodium</i>	21
DOSES		BALVERSA	67
ASMANEX TWISTHALER 7 METERED	48	<i>balziva</i>	32
DOSES		BAQSIMI ONE PACK	80
<i>aspirin/dipyridamole</i>	77	BAQSIMI TWO PACK	80
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	77	BARACLUDGE	75
ASTAGRAF XL	40	<i>bcg vaccine</i>	42
<i>atazanavir</i>	72	BD INSULIN SYRINGE	50
<i>atazanavir sulfate</i>	72	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atenolol</i>	16	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	50
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	17	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atomoxetine</i>	24	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	50
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	24	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	
<i>atorvastatin calcium</i>	19	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	50
<i>atovaquone</i>	70	FINE/1ML/31G X 8MM	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	70	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	50
<i>atropine sulfate</i>	44	FINE/29G X 12.7MM	
ATROVENT HFA	48	<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	50
<i>aubra eq</i>	31	<i>6mm</i>	

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>bekyree</i>	32	<i>budesonide</i>	48
BELSOMRA	25	<i>budesonide er</i>	21
<i>benazepril hcl</i>	20	<i>bumetanide</i>	20
<i>benazepril hydrochloride</i>	20	<i>buprenorphine</i>	51
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	17	<i>buprenorphine hcl</i>	46
BENLYSTA	38	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	46
<i>benznidazole</i>	70	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	46
<i>benztropine mesylate</i>	15	<i>bupropion hcl</i>	60
BESIVANCE	44	<i>bupropion hydrochloride</i>	60
BESREMI	65	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	45
<i>betaine anhydrous</i>	82	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	60
<i>betamethasone dipropionate</i>	27	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	60
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	26	<i>bupirone hcl</i>	53
<i>betamethasone valerate</i>	27	<i>bupirone hydrochloride</i>	53
BETASERON	22	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	24
<i>betaxolol hcl</i>	16	BYDUREON BCISE	79
<i>betaxolol hcl</i>	43	BYETTA	79
<i>bethanechol chloride</i>	30	CABENUVA	74
<i>bexarotene</i>	69	<i>cabergoline</i>	37
BEXSERO	42	CABLIVI	78
<i>bicalutamide</i>	65	CABOMETYX	67
BICILLIN L-A	56	<i>calcipotriene</i>	25
BIKTARVY	74	<i>calcitonin-salmon</i>	21
<i>bisoprolol fumarate</i>	16	<i>calcitriol</i>	21
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	17	<i>calcium acetate</i>	76
BIVIGAM	39	CALQUENCE	67
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	32	<i>camila</i>	35
<i>blisovi fe 1/20</i>	32	<i>camrese</i>	32
BOOSTRIX	42	<i>camrese lo</i>	32
BOSULIF	67	<i>candesartan cilexetil</i>	18
BRAFTOVI	67	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	17
BREO ELLIPTA	46	CAPLYTA	71
BREZTRI AEROSPHERE	48	CAPRELSA	67
<i>briellyn</i>	32	<i>captopril</i>	20
BRILINTA	78	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	17
BRIMONIDINE TARTRATE	43	<i>carbamazepine</i>	59
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	44	<i>carbamazepine er</i>	59
<i>brinzolamide</i>	44	<i>carbidopa</i>	15
BRIVIACT	59	<i>carbidopa/levodopa</i>	15
<i>bromfenac sodium</i>	45	<i>carbidopa/levodopa er</i>	15
<i>bromocriptine mesylate</i>	15	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	15
BRONCHITOL	46	<i>carglumic acid</i>	77
BRUKINSA	67	<i>carteolol hcl</i>	43
<i>budesonide</i>	21	<i>cartia xt</i>	16

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carvedilol</i>	16	CIPRO	57
<i>casposfungin acetate</i>	63	<i>ciprofloxacin</i>	51
CAYSTON	47	<i>ciprofloxacin</i>	57
<i>cefaclor</i>	55	<i>ciprofloxacin hcl</i>	57
<i>cefadroxil</i>	55	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	44
CEFAZOLIN	55	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	57
<i>cefazolin sodium</i>	55	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	57
<i>cefdinir</i>	55	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	51
<i>cefepime</i>	55	<i>cisplatin</i>	64
<i>cefepime hydrochloride</i>	55	<i>citalopram hydrobromide</i>	61
<i>cefixime</i>	55	<i>claravis</i>	26
<i>cefotaxime sodium</i>	55	<i>clarithromycin</i>	57
<i>cefotetan</i>	55	<i>clarithromycin er</i>	57
<i>cefoxitin sodium</i>	55	CLENPIQ	29
<i>cefpodoxime proxetil</i>	55	CLIMARA PRO	32
<i>cefprozil</i>	55	<i>clindacin etz pledgets</i>	54
<i>ceftazidime</i>	55	<i>clindamycin hcl</i>	54
<i>ceftazidime/dextrose</i>	55	<i>clindamycin hydrochloride</i>	54
<i>ceftriaxone sodium</i>	55	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	54
<i>cefuroxime axetil</i>	55	<i>clindamycin phosphate</i>	28
<i>cefuroxime sodium</i>	56	<i>clindamycin phosphate</i>	54
<i>celecoxib</i>	52	<i>clobazam</i>	58
<i>cephalexin</i>	56	<i>clobetasol propionate</i>	27
CERDELGA	82	<i>clobetasol propionate e</i>	27
<i>chateal</i>	32	<i>clomipramine hydrochloride</i>	61
<i>chateal eq</i>	32	<i>clonazepam</i>	58
CHEMET	76	<i>clonazepam odt</i>	58
<i>chlorhexidine gluconate</i>	25	<i>clonidine</i>	18
<i>chloroquine phosphate</i>	70	<i>clonidine hydrochloride</i>	18
<i>chlorothiazide</i>	20	<i>clopidogrel</i>	78
<i>chlorpromazine hcl</i>	70	<i>clorazepate dipotassium</i>	54
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	70	<i>clotrimazole</i>	63
<i>chlorthalidone</i>	20	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	26
CHOLBAM	82	CLOVIQUE	76
<i>cholestyramine</i>	19	<i>clozapine</i>	71
<i>cholestyramine light</i>	19	<i>clozapine odt</i>	71
<i>ciclodan</i>	28	COARTEM	70
<i>ciclopirox</i>	28	<i>colchicine</i>	21
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	28	<i>colesevelam hydrochloride</i>	19
<i>ciclopirox olamine</i>	28	<i>colestipol hcl</i>	19
<i>cidofovir</i>	73	<i>colistimethate sodium</i>	54
<i>cilostazol</i>	78	<i>colocort</i>	21
CIMDUO	75	COLUMVI	65
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	21	COMBIGAN	44
CINRYZE	39	COMBIVENT RESPIMAT	46

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COMETRIQ	67	DARZALEX FASPRO	65
COMPLERA	74	<i>dasetta 1/35</i>	32
<i>compro</i>	63	<i>dasetta 7/7/7</i>	32
<i>constulose</i>	28	DAURISMO	67
COPIKTRA	67	<i>daysee</i>	32
CORLANOR	17	<i>deblitane</i>	35
<i>cortisone acetate</i>	36	<i>deferasirox</i>	76
COSENTYX	38	DELSTRIGO	74
COSENTYX SENSOREADY PEN	38	<i>delyla</i>	32
COSENTYX UNOREADY	38	<i>demeclocycline hcl</i>	57
COTELLIC	67	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	57
CREON	82	DENGVAXIA	42
<i>cromolyn sodium</i>	43	DEPO-PROVERA	35
<i>cromolyn sodium</i>	50	DEPO-SUBQ PROVERA 104	35
<i>cromolyn sodium</i>	82	DESCOVY	75
<i>cryselle-28</i>	32	<i>desipramine hydrochloride</i>	61
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	50	<i>desmopressin acetate</i>	31
CUTAQUIG	39	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	32
CUVITRU	39	<i>desonide</i>	27
<i>cyclafem 1/35</i>	32	<i>desoximetasone</i>	27
<i>cyclafem 7/7/7</i>	32	<i>desvenlafaxine er</i>	61
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	82	<i>dexamethasone</i>	36
<i>cyclophosphamide</i>	64	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	45
<i>cycloserine</i>	63	DEXILANT	29
<i>cyclosporine</i>	40	<i>dexlansoprazole</i>	29
<i>cyclosporine</i>	44	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	24
<i>cyclosporine modified</i>	40	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	23
CYLTEZO	40	<i>dextrose 5%</i>	77
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	40	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	77
CROHNS DISEASE/UC/HS		<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	77
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	40	DIACOMIT	58
PSORIASIS		<i>diazepam</i>	54
CYLTEZO STARTER PACKAGE FOR	40	<i>diazepam intensol</i>	54
PSORIASIS/UVEITIS		<i>diazepam rectal gel</i>	58
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	48	<i>diazoxide</i>	80
CYSTAGON	82	<i>diclofenac potassium</i>	52
CYSTARAN	44	<i>diclofenac sodium</i>	26
<i>dalfampridine er</i>	22	<i>diclofenac sodium</i>	45
<i>danazol</i>	31	<i>diclofenac sodium</i>	52
<i>dantrolene sodium</i>	14	<i>diclofenac sodium dr</i>	52
<i>dapsone</i>	63	<i>diclofenac sodium er</i>	52
DAPTACEL	42	<i>dicloxacillin sodium</i>	56
<i>daptomycin</i>	54	<i>dicyclomine hcl</i>	29
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	55	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	29
<i>darunavir</i>	72	DIFICID	57

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diflunisal</i>	53	<i>droxidopa</i>	18
<i>digitek</i>	18	DULERA	46
<i>digox</i>	18	<i>duloxetine hydrochloride</i>	62
<i>digoxin</i>	18	DUPIXENT	38
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	14	<i>dutasteride</i>	30
DILANTIN	59	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	30
<i>diltiazem hcl</i>	17	EASY COMFORT INSULIN	50
<i>diltiazem hcl cd</i>	16	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
<i>diltiazem hcl er</i>	16	<i>ec-naproxen</i>	53
<i>diltiazem hydrochloride</i>	17	<i>econazole nitrate</i>	64
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	17	EDARBI	18
<i>dilt-xr</i>	16	EDARBYCLOR	17
<i>dimethyl fumarate</i>	22	EDURANT	74
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	22	<i>efavirenz</i>	74
<i>diphenhydramine hcl</i>	48	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	74
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	48	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	74
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	28	<i>effe-k</i>	77
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	42	ELAPRASE	82
<i>disulfiram</i>	46	<i>elinest</i>	32
<i>divalproex sodium</i>	58	ELIQUIS	78
<i>divalproex sodium dr</i>	58	ELIQUIS STARTER PACK	78
<i>divalproex sodium er</i>	58	ELLA	50
<i>dofetilide</i>	18	ELMIRON	30
<i>dolishale</i>	32	<i>eluryng</i>	32
<i>donepezil hcl</i>	14	EMCYT	65
<i>donepezil hydrochloride</i>	14	EMGALITY	15
DOPTELET	78	EMPAVELI	38
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	44	EMSAM	61
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	44	<i>emtricitabine</i>	75
DOTTI	32	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	75
DOVATO	74	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	75
<i>doxazosin mesylate</i>	30	EMTRIVA	75
<i>doxepin hcl</i>	61	<i>emzahn</i>	35
<i>doxepin hydrochloride</i>	61	<i>enalapril maleate</i>	20
<i>doxy 100</i>	57	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	17
<i>doxycycline</i>	57	ENBREL	40
<i>doxycycline hyclate</i>	25	ENBREL MINI	40
<i>doxycycline hyclate</i>	57	ENBREL SURECLICK	40
<i>doxycycline monohydrate</i>	57	ENDARI	82
<i>d-penamine</i>	30	<i>endocet</i>	52
DRIZALMA SPRINKLE	61	ENGERIX-B	42
<i>dronabinol</i>	62	<i>enilloring</i>	32
DROXIA	65	ENJAYMO	38

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>enoxaparin sodium</i>	78	<i>everolimus</i>	67
<i>enpresse-28</i>	32	EVOTAZ	72
<i>entacapone</i>	15	EVRYSDI	82
<i>entecavir</i>	75	<i>exemestane</i>	67
ENTRESTO	17	EXKIVITY	67
<i>enulose</i>	28	<i>ezetimibe</i>	19
ENVARUSUS XR	40	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	19
EPIDIOLEX	59	FABRAZYME	82
<i>epinephrine</i>	17	<i>falmina</i>	32
<i>epinephrine</i>	49	<i>famciclovir</i>	74
<i>epitol</i>	59	<i>famotidine</i>	29
EPKINLY	65	FANAPT	71
<i>eplerenone</i>	20	FANAPT TITRATION PACK	71
<i>epoprostenol sodium</i>	47	FARXIGA	79
EPRONTIA	59	FARYDAK	67
<i>ergoloid mesylates</i>	14	FASENRA	46
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	14	FASENRA PEN	46
ERIVEDGE	67	<i>fayosim</i>	32
ERLEADA	65	<i>febuxostat</i>	21
<i>erlotinib hydrochloride</i>	67	<i>felbamate</i>	59
<i>errin</i>	35	<i>felodipine er</i>	16
<i>ertapenem</i>	56	<i>femynor</i>	32
<i>ertapenem sodium</i>	56	<i>fenofibrate</i>	19
<i>ery</i>	28	<i>fenofibrate micronized</i>	19
<i>erythromycin</i>	28	<i>fenofibric acid dr</i>	19
<i>erythromycin</i>	44	<i>fentanyl</i>	51
<i>erythromycin dr</i>	57	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	52
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	57	FETZIMA	62
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	26	FETZIMA TITRATION PACK	62
<i>escitalopram oxalate</i>	62	FINACEA	26
<i>esomeprazole magnesium</i>	29	<i>finasteride</i>	30
<i>estarylla</i>	32	<i>fingolimod hydrochloride</i>	22
<i>estradiol</i>	32	FINTEPLA	59
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	32	FIRMAGON	37
ESTRING	32	FLAREX	45
<i>eszopiclone</i>	25	<i>flecainide acetate</i>	18
<i>ethambutol hydrochloride</i>	63	<i>fluconazole</i>	64
<i>ethosuximide</i>	59	<i>fluconazole in dextrose</i>	64
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	32	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	64
<i>etodolac</i>	53	<i>flucytosine</i>	64
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	32	<i>fludrocortisone acetate</i>	36
<i>etravirine</i>	74	<i>flunisolide</i>	48
EUCRISA	27	<i>fluocinolone acetonide</i>	27
EUTHYROX	36	<i>fluocinolone acetonide body</i>	27
<i>everolimus</i>	40	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	27

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	27	<i>gefitinib</i>	68
<i>fluocinonide</i>	27	GELNIQUE PUMP	30
<i>fluorometholone</i>	45	<i>gemfibrozil</i>	19
<i>fluorouracil</i>	26	GEMTESA	30
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	62	<i>generlac</i>	28
<i>fluphenazine decanoate</i>	70	<i>gengraf</i>	40
<i>fluphenazine hcl</i>	70	GENOTROPIN	31
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	70	GENOTROPIN MINIQUICK	31
<i>flurbiprofen</i>	53	<i>gentak</i>	44
<i>flurbiprofen sodium</i>	45	<i>gentamicin sulfate</i>	45
<i>flutamide</i>	65	<i>gentamicin sulfate</i>	54
<i>fluticasone propionate</i>	27	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	54
<i>fluticasone propionate</i>	48	GENVOYA	74
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	46	GILOTRIF	68
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	46	<i>glatiramer acetate</i>	22
<i>fluvastatin</i>	19	GLEOSTINE	64
<i>fluvastatin sodium er</i>	19	<i>glimepiride</i>	79
<i>fluvoxamine maleate</i>	62	<i>glipizide</i>	79
<i>fondaparinux sodium</i>	78	<i>glipizide er</i>	79
<i>formoterol fumarate</i>	49	<i>glipizide xl</i>	79
FORTEO	21	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	79
<i>fosamprenavir calcium</i>	72	GLUCAGEN HYPOKIT	80
<i>fosinopril sodium</i>	20	<i>glucagon emergency kit</i>	80
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	17	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	80
FOTIVDA	65	<i>glyburide</i>	79
FRAGMIN	78	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	79
FRUZAQLA	67	<i>glycopyrrolate</i>	29
<i>furosemide</i>	20	GLYXAMBI	79
FUZEON	73	<i>griseofulvin microsize</i>	64
FYAVOLV	32	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	64
FYCOMPA	59	<i>guanfacine er</i>	24
<i>gabapentin</i>	58	<i>guanfacine hydrochloride</i>	18
<i>galantamine hydrobromide</i>	14	<i>guanfacine hydrochloride</i>	24
<i>galantamine hydrobromide er</i>	14	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	24
GAMASTAN	39	GUANIDINE HCL	15
GAMMAKED	40	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	80
GAMUNEX-C	40	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	80
<i>ganciclovir</i>	73	GVOKE KIT	80
GARDASIL 9	42	GVOKE PFS	80
<i>gatifloxacin</i>	44	<i>hailey 1.5/30</i>	32
<i>gavilyte-c</i>	29	<i>hailey fe 1.5/30</i>	32
<i>gavilyte-g</i>	29	<i>hailey fe 1/20</i>	33
<i>gavilyte-h</i>	29	<i>halobetasol propionate</i>	27
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	29	<i>haloette</i>	33
GAVRETO	65		

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>haloperidol</i>	70	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	52
<i>haloperidol decanoate</i>	70	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	70
<i>haloperidol lactate</i>	70	<i>hydroxyurea</i>	65
HAVRIX	42	<i>hydroxyzine hcl</i>	48
<i>heather</i>	35	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	48
HEPAGAM B	40	<i>hydroxyzine pamoate</i>	53
<i>heparin sodium</i>	78	HYPERHEP B	40
HEPLISAV-B	42	<i>ibandronate sodium</i>	21
HIBERIX	42	IBRANCE	65
HIZENTRA	40	IBRANCE	68
HUMALOG	80	<i>ibu</i>	53
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	80	<i>ibuprofen</i>	53
HUMALOG KWIKPEN	80	<i>icatibant acetate</i>	39
HUMALOG MIX 50/50	80	<i>iclevia</i>	33
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	80	ICLUSIG	68
HUMALOG MIX 75/25	80	<i>icosapent ethyl</i>	19
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	80	IDHIFA	66
HUMATIN	54	IGALMI	50
HUMIRA	41	ILARIS	38
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	40	ILEVRO	45
HUMIRA PEN	41	<i>imatinib mesylate</i>	68
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	41	IMBRUVICA	68
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	41	<i>imipenem/cilastatin</i>	56
HUMULIN 70/30	81	<i>imipramine hcl</i>	61
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	81	<i>imipramine hydrochloride</i>	61
HUMULIN N	81	<i>imiquimod</i>	26
HUMULIN N KWIKPEN	81	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	42
HUMULIN R	81	IMPAVIDO	55
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	81	INBRIJA	15
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	81	<i>incassia</i>	35
<i>hydralazine hcl</i>	20	INCRELEX	31
<i>hydralazine hydrochloride</i>	20	INCRUSE ELLIPTA	48
<i>hydrochlorothiazide</i>	20	<i>indapamide</i>	20
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	52	<i>indomethacin</i>	53
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	52	<i>indomethacin er</i>	53
<i>hydrocortisone</i>	21	INFANRIX	42
<i>hydrocortisone</i>	27	INFLECTRA	41
<i>hydrocortisone</i>	36	INFLIXIMAB	41
<i>hydrocortisone valerate</i>	27	INGREZZA	24
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	51	INLYTA	68
<i>hydromorphone hcl</i>	52	INQOVI	68
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	52	INREBIC	66
		<i>insulin lispro</i>	81
		INTELENCE	75
		INTRON A	39

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>introvale</i>	33	<i>junel fe 1.5/30</i>	33
INVEGA HAFYERA	71	<i>junel fe 1/20</i>	33
INVEGA SUSTENNA	71	JYLAMVO	41
INVEGA TRINZA	71	JYNNEOS	42
INVIRASE	73	KALYDECO	47
IPOL INACTIVATED IPV	42	KANJINTI	65
<i>ipratropium bromide</i>	48	KANUMA	82
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	46	<i>kariva</i>	33
<i>irbesartan</i>	18	<i>kelnor 1/35</i>	33
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	17	<i>kelnor 1/50</i>	33
ISENTRESS	74	KEPIVANCE	25
ISENTRESS HD	74	KERENDIA	17
ISONIAZID	63	KESIMPTA	22
<i>isosorbide dinitrate</i>	20	<i>ketoconazole</i>	64
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	17	<i>ketorolac tromethamine</i>	45
<i>isosorbide mononitrate</i>	20	<i>ketorolac tromethamine</i>	53
<i>isosorbide mononitrate er</i>	20	<i>kimidess</i>	33
<i>isotretinoin</i>	26	KINERET	38
<i>isradipine</i>	16	KINRIX	42
ISTURISA	38	<i>kionex</i>	76
<i>itraconazole</i>	64	KISQALI	68
<i>ivermectin</i>	70	KISQALI FEMARA 200 DOSE	66
IWILFIN	66	KISQALI FEMARA 400 DOSE	66
IXCHIQ	42	KISQALI FEMARA 600 DOSE	66
IXIARO	42	<i>klayesta</i>	64
<i>jaimiess</i>	33	KLISYRI	26
JAKAFI	68	<i>klor-con</i>	77
<i>jantoven</i>	78	<i>klor-con 10</i>	77
JANUMET	79	<i>klor-con 8</i>	77
JANUMET XR	79	<i>klor-con m10</i>	77
JANUVIA	79	<i>klor-con m15</i>	77
JARDIANCE	79	<i>klor-con m20</i>	77
JAVYGTOR	82	<i>klor-con sprinkle</i>	77
JAYPIRCA	68	<i>klor-con/ef</i>	77
<i>jencycla</i>	35	KORLYM	36
JENTADUETO	79	KOSELUGO	68
JENTADUETO XR	79	<i>kourzeq</i>	25
<i>jinteli</i>	33	KRAZATI	66
<i>jolessa</i>	33	<i>kurvelo</i>	33
<i>jolivette</i>	35	KYNMOBI	15
JUBLIA	64	KYNMOBI TITRATION KIT	15
JULUCA	74	<i>labetalol hydrochloride</i>	16
<i>junel 1.5/30</i>	33	<i>lacosamide</i>	59
<i>junel 1/20</i>	33	<i>lactulose</i>	28
		LAGEVRIO	50

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lamivudine</i>	75	<i>levobunolol hcl</i>	43
<i>lamivudine</i>	75	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	48
<i>lamivudine/zidovudine</i>	75	<i>levofloxacin</i>	45
<i>lamotrigine</i>	60	<i>levofloxacin</i>	57
<i>lamotrigine er</i>	59	<i>levofloxacin in d5w</i>	57
<i>lamotrigine odt</i>	59	<i>levonest</i>	33
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	59	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	33
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	60	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	33
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	60	<i>levora 0.15/30-28</i>	33
<i>lamotrigine titration</i>	60	LEVO-T	36
LANREOTIDE ACETATE	37	<i>levothyroxine sodium</i>	36
<i>lansoprazole</i>	29	LEVOXYL	36
LANTUS	81	LEXIVA	73
LANTUS SOLOSTAR	81	LIBERVANT	58
<i>lapatinib ditosylate</i>	68	<i>lidocaine</i>	53
<i>larin 1.5/30</i>	33	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	25
<i>larin 1/20</i>	33	<i>lidocaine viscous</i>	25
<i>larin fe 1.5/30</i>	33	<i>lidocaine/prilocaine</i>	53
<i>larin fe 1/20</i>	33	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	53
<i>larissia</i>	33	<i>lillow</i>	33
<i>latanoprost</i>	45	<i>linezolid</i>	55
<i>leflunomide</i>	41	LINZESS	28
<i>lenalidomide</i>	65	<i>liothyronine sodium</i>	37
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	68	<i>lisinopril</i>	20
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	68	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	17
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	68	<i>lithium</i>	45
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	68	<i>lithium carbonate</i>	45
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	68	<i>lithium carbonate er</i>	45
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	68	LIVALO	19
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	68	LIVTENCITY	73
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	68	<i>lojaimiess</i>	33
<i>lessina</i>	33	LOKELMA	76
<i>letrozole</i>	67	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	49
<i>leucovorin calcium</i>	67	LONSURF	66
LEUKERAN	64	<i>loperamide hcl</i>	28
<i>leuprolide acetate</i>	37	<i>lopinavir/ritonavir</i>	73
<i>levalbuterol</i>	49	<i>lopreeza</i>	33
<i>levalbuterol hcl</i>	49	LOQTORZI	65
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	49	<i>lorazepam</i>	54
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	49	<i>lorazepam intensol</i>	54
LEVEMIR	81	LORBRENA	68
LEVEMIR FLEXPEN	81	<i>lorcet</i>	52
LEVEMIR FLEXTOUCH	81	<i>lorcet hd</i>	52
<i>levetiracetam</i>	60	<i>lorcet plus</i>	52
<i>levetiracetam er</i>	60	<i>losartan potassium</i>	18

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	17	<i>memantine hcl titration pak</i>	14
LOTEMAX SM	45	<i>memantine hydrochloride</i>	14
<i>lovastatin</i>	19	<i>memantine hydrochloride er</i>	14
<i>low-ogestrel</i>	33	MENACTRA	42
<i>loxapine</i>	70	MENEST	33
<i>lubiprostone</i>	28	MENQUADFI	42
LUMAKRAS	66	MENVEO	42
LUMIGAN	45	<i>mercaptopurine</i>	65
LUMIZYME	82	<i>meropenem</i>	56
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	37	<i>mesalamine</i>	21
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	37	<i>mesalamine dr</i>	21
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	37	<i>mesalamine er</i>	21
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	37	MESNEX	67
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	37	<i>metformin hydrochloride</i>	79
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	37	<i>metformin hydrochloride er</i>	79
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	31	<i>methadone hcl</i>	51
<i>lurasidone hydrochloride</i>	71	<i>methadone hydrochloride</i>	51
<i>lutra</i>	33	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	51
LYBALVI	71	<i>methazolamide</i>	44
<i>lyleq</i>	35	<i>methenamine hippurate</i>	55
<i>lyllana</i>	33	<i>methimazole</i>	38
LYNPARZA	68	<i>methocarbamol</i>	82
LYSODREN	38	<i>methotrexate</i>	41
LYTGOBI	66	<i>methotrexate sodium</i>	41
LYUMJEV	81	<i>methsuximide</i>	59
LYUMJEV KWIKPEN	81	<i>methyl dopa</i>	18
<i>lyza</i>	35	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	24
<i>magnesium sulfate</i>	77	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	24
<i>malathion</i>	28	<i>methylprednisolone</i>	36
<i>maprotiline hcl</i>	60	<i>methylprednisolone dose pack</i>	36
<i>maraviroc</i>	73	<i>metoclopramide hcl</i>	29
<i>marlissa</i>	33	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	29
MARPLAN	61	<i>metolazone</i>	20
MATULANE	64	<i>metoprolol succinate er</i>	16
<i>matzim la</i>	17	<i>metoprolol tartrate</i>	16
MAVYRET	73	<i>metronidazole</i>	26
MAYZENT	22	<i>metronidazole</i>	55
MAYZENT STARTER PACK	22	<i>metronidazole vaginal</i>	55
<i>meclizine hcl</i>	63	<i>metyrosine</i>	17
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	35	<i>mexiletine hcl</i>	18
<i>mefloquine hcl</i>	70	<i>microgestin 1.5/30</i>	33
<i>megestrol acetate</i>	35	<i>microgestin 1/20</i>	33
MEKINIST	68	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	33
MEKTOVI	68	<i>microgestin fe 1/20</i>	33
<i>meloxicam</i>	53	<i>midodrine hcl</i>	18

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>mifepristone</i>	36	NAMZARIC	14
<i>miglustat</i>	82	<i>naproxen</i>	53
<i>mili</i>	34	<i>naproxen sodium</i>	53
<i>mimvey</i>	34	<i>naratriptan hcl</i>	14
<i>mimvey lo</i>	34	NATACYN	45
<i>minocycline hcl</i>	57	<i>nateglinide</i>	79
<i>minocycline hydrochloride</i>	58	NAYZILAM	60
<i>minoxidil</i>	20	<i>nebivolol</i>	16
<i>mirtazapine</i>	60	<i>nebivolol hydrochloride</i>	16
<i>mirtazapine odt</i>	60	<i>necon 0.5/35-28</i>	34
<i>misoprostol</i>	30	<i>necon 7/7/7</i>	34
M-M-R II	42	<i>nefazodone hydrochloride</i>	62
<i>modafinil</i>	25	<i>neomycin sulfate</i>	54
<i>moexipril hcl</i>	20	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	44
<i>molindone hydrochloride</i>	70	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	44
<i>mometasone furoate</i>	27	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	44
<i>mometasone furoate</i>	48	<i>one</i>	
<i>mondoxyne nl</i>	58	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	44
<i>mono-lynyah</i>	34	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	44
<i>mononessa</i>	34	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	51
<i>montelukast sodium</i>	48	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	51
<i>morgidox 1x100mg</i>	58	<i>neo-polycin</i>	44
<i>morgidox 2x100mg</i>	58	<i>neo-polycin hc</i>	44
<i>morphine sulfate</i>	52	NERLYNX	68
<i>morphine sulfate er</i>	51	NEULASTA	78
MOTEGRITY	28	NEULASTA ONPRO KIT	78
MOUNJARO	79	NEUPRO	15
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	57	<i>nevirapine</i>	75
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	45	<i>nevirapine er</i>	75
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	57	NEXLETOL	19
MULTAQ	18	NEXLIZET	19
<i>mupirocin</i>	28	<i>niacin er</i>	19
<i>mycophenolate mofetil</i>	41	NICOTROL NS	45
<i>mycophenolic acid dr</i>	41	<i>nifedipine er</i>	16
<i>myorisan</i>	26	<i>nilutamide</i>	65
MYRBETRIQ	30	<i>nimodipine</i>	16
NABI-HB	40	NINLARO	66
<i>nabumetone</i>	53	<i>nitazoxanide</i>	70
<i>nadolol</i>	16	<i>nitisinone</i>	82
<i>nafcillin sodium</i>	56	NITRO-BID	20
NAGLAZYME	82	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	55
<i>naloxone hcl</i>	46	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	55
<i>naloxone hydrochloride</i>	46	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	55
<i>naltrexone hcl</i>	46	<i>nitroglycerin</i>	20
		<i>nitroglycerin</i>	29

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nitroglycerin transdermal</i>	20	<i>np thyroid 90</i>	37
NIVA THYROID	37	NUBEQA	65
<i>nizatidine</i>	29	NUCALA	47
<i>nora-be</i>	35	NUEDEXTA	24
<i>norethindrone</i>	35	NUPLAZID	71
<i>norethindrone acetate</i>	35	NURTEC	15
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	34	NUTRILIPID	50
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	34	<i>nyamyc</i>	64
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	34	<i>nylia 1/35</i>	34
<i>norlyda</i>	36	<i>nylia 7/7/7</i>	34
<i>norlyroc</i>	36	NYMALIZE	16
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	34	<i>nymyo</i>	34
<i>nortrel 1/35</i>	34	<i>nystatin</i>	64
<i>nortrel 7/7/7</i>	34	<i>nystatin/triamcinolone</i>	26
<i>nortriptyline hcl</i>	61	<i>nystop</i>	64
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	61	OCREVUS	22
NORVIR	73	<i>octreotide acetate</i>	37
NOVOLIN 70/30	81	ODEFSEY	75
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	81	ODOMZO	68
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	81	OFEV	47
NOVOLIN 70/30 RELION	81	<i>ofloxacin</i>	45
NOVOLIN N	81	<i>ofloxacin</i>	51
NOVOLIN N FLEXPEN	81	OGSIVEO	66
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	81	OJEMDA	68
NOVOLIN N RELION	81	OJJAARA	68
NOVOLIN R	81	<i>olanzapine</i>	72
NOVOLIN R FLEXPEN	81	<i>olanzapine odt</i>	71
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	81	<i>olmesartan medoxomil</i>	18
NOVOLIN R RELION	81	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	17
NOVOLOG	81	<i>olopatadine hcl</i>	43
NOVOLOG FLEXPEN	81	<i>olopatadine hydrochloride</i>	43
NOVOLOG FLEXPEN RELION	81	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	19
NOVOLOG MIX 70/30	81	<i>omeprazole</i>	30
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	81	<i>omeprazole dr</i>	30
FLEXPEN		OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	50
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	81	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	50
FLEXPEN RELION		OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	50
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	81	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	50
NOVOLOG PENFILL	81	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	50
NOVOLOG RELION	81	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 120</i>	37	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	50
<i>np thyroid 15</i>	37	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	50
<i>np thyroid 30</i>	37	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	50
<i>np thyroid 60</i>	37	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	50
		<i>ondansetron hcl</i>	62

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ondansetron hydrochloride</i>	62	<i>paroxetine hydrochloride</i>	62
<i>ondansetron odt</i>	63	PASER	63
ONUREG	66	PAXLOVID	51
OPDUALAG	67	<i>pazopanib hydrochloride</i>	68
OPSUMIT	47	PEDIARIX	42
<i>oralone dental paste</i>	25	PEDVAX HIB	42
ORENCIA	38	<i>peg 3350/electrolytes</i>	29
ORENCIA	41	<i>peg-3350/electrolytes</i>	29
ORENCIA CLICKJECT	38	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	29
ORENITRAM	47	PEGANONE	59
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	47	PEGASYS	39
1		<i>pegylax</i>	28
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	47	PEMAZYRE	66
2		PENBRAYA	42
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	47	<i>penicillamine</i>	30
3		<i>penicillin g sodium</i>	56
ORGOVYX	37	<i>penicillin v potassium</i>	56
ORKAMBI	47	PENTACEL	42
<i>orphenadrine citrate er</i>	82	<i>pentamidine isethionate</i>	70
ORSERDU	66	<i>pentoxifylline er</i>	17
<i>orsythia</i>	34	<i>perindopril erbumine</i>	20
<i>oseltamivir phosphate</i>	73	<i>permethrin</i>	28
OSMOLEX ER	15	<i>perphenazine</i>	70
OSPHENA	31	PERSERIS	72
OTEZLA	26	<i>phenadoz</i>	63
OTEZLA	39	<i>phenelzine sulfate</i>	61
<i>oxacillin sodium</i>	56	<i>phenobarbital</i>	58
<i>oxaprozin</i>	53	PHENYTEK	59
OXBRYTA	78	<i>phenytoin</i>	59
<i>oxcarbazepine</i>	59	<i>phenytoin infatabs</i>	59
OXLUMO	50	<i>phenytoin sodium extended</i>	59
<i>oxybutynin chloride</i>	30	PHESGO	66
<i>oxybutynin chloride er</i>	30	<i>philith</i>	34
<i>oxycodone hydrochloride</i>	52	PIFELTRO	75
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	52	<i>pilocarpine hcl</i>	44
OZEMPIC	80	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	25
PACERONE	18	<i>pimozide</i>	70
<i>paliperidone er</i>	72	<i>pimtrea</i>	34
PANRETIN	69	<i>pindolol</i>	16
<i>pantoprazole sodium</i>	30	<i>pioglitazone hcl</i>	80
PANZYGA	40	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	80
<i>paricalcitol</i>	21	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	80
<i>paroex</i>	25	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	56
<i>paromomycin sulfate</i>	54	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	68
<i>paroxetine hcl</i>	62	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	68

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	69	PROAIR RESPICLICK	49
<i>pirfenidone</i>	47	<i>probenecid</i>	21
<i>pirmella 1/35</i>	34	<i>probenecid/colchicine</i>	21
<i>pirmella 7/7/7</i>	34	<i>prochlorperazine</i>	63
<i>piroxicam</i>	53	<i>prochlorperazine edisylate</i>	63
<i>pitavastatin calcium</i>	19	<i>prochlorperazine maleate</i>	63
PLENAMINE	77	PROCRIT	78
<i>podofilox</i>	26	<i>procto-med hc</i>	21
<i>polycin</i>	44	<i>proctosol hc</i>	21
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	44	<i>proctozone-hc</i>	21
POMALYST	65	<i>progesterone</i>	36
<i>portia-28</i>	34	PROGRAF	41
<i>posaconazole</i>	64	PROLASTIN-C	82
<i>posaconazole dr</i>	64	PROLENSA	45
<i>potassium chloride</i>	77	PROLIA	21
<i>potassium chloride er</i>	77	PROMACTA	78
<i>potassium chloride sr</i>	77	<i>promethazine hcl</i>	63
<i>potassium citrate er</i>	77	<i>promethazine hydrochloride</i>	63
PRALUENT	19	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	63
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	15	<i>promethegan</i>	63
<i>prasugrel</i>	78	<i>propafenone hcl</i>	18
<i>pravastatin sodium</i>	19	<i>propafenone hydrochloride er</i>	18
<i>praziquantel</i>	70	<i>propranolol hcl</i>	16
<i>prazosin hydrochloride</i>	16	<i>propranolol hcl er</i>	16
<i>prednisolone</i>	36	<i>propranolol hydrochloride</i>	16
<i>prednisolone acetate</i>	45	<i>propranolol hydrochloride er</i>	16
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	36	<i>propylthiouracil</i>	38
<i>prednisone</i>	36	PROQUAD	43
<i>pregabalin</i>	23	<i>protriptyline hcl</i>	61
PREHEVBRIO	42	PULMOZYME	47
PREMARIN	34	PURIXAN	65
<i>premium lidocaine</i>	53	<i>pyrazinamide</i>	63
PREMPHASE	34	<i>pyridostigmine bromide</i>	15
PREMPRO	34	<i>pyrimethamine</i>	70
<i>prenatal</i>	77	PYRUKYND	78
<i>prevalite</i>	19	PYRUKYND TAPER PACK	78
<i>previfem</i>	34	QINLOCK	65
PREVYMIS	73	QUADRACEL	43
PREZCOBIX	73	<i>quetiapine fumarate</i>	72
PREZISTA	73	<i>quetiapine fumarate er</i>	72
PRIFTIN	63	<i>quinapril hydrochloride</i>	20
<i>primaquine phosphate</i>	70	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	18
<i>primidone</i>	58	<i>quinidine sulfate</i>	19
PRIORIX	43	<i>quinine sulfate</i>	70
PRIVIGEN	40	QULIPTA	15

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
QVAR REDIHALER	48	<i>risperidone er</i>	72
RABAVERT	43	<i>risperidone odt</i>	72
<i>rabeprazole sodium</i>	30	<i>ritonavir</i>	73
<i>raloxifene hydrochloride</i>	31	<i>rivastigmine tartrate</i>	14
<i>ramelteon</i>	25	<i>rivastigmine transdermal system</i>	14
<i>ramipril</i>	20	<i>rivelsa</i>	34
<i>ranolazine er</i>	18	<i>rizatriptan benzoate</i>	14
<i>rasagiline mesylate</i>	15	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	14
RAYALDEE	21	ROCKLATAN	44
REBETOL	74	<i>roflumilast</i>	50
REBIF	22	ROLVEDON	79
REBIF REBIDOSE	22	<i>ropinirole er</i>	15
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	22	<i>ropinirole hcl</i>	15
REBIF TITRATION PACK	22	<i>ropinirole hydrochloride</i>	15
RECOMBIVAX HB	43	<i>rosadan</i>	26
RECTIV	29	<i>rosuvastatin calcium</i>	19
RELENZA DISKHALER	73	ROTARIX	43
RELISTOR	28	ROTATEQ	43
REMICADE	41	<i>roweepa</i>	60
RENFLEXIS	41	<i>roweepa xr</i>	60
<i>repaglinide</i>	80	ROZLYTREK	69
REPATHA	19	RUBRACA	69
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	19	<i>rufinamide</i>	59
REPATHA SURECLICK	19	RUKOBIA	73
RESTASIS	44	RUXIENCE	65
RESTASIS MULTIDOSE	44	RYBELSUS	80
RETACRIT	79	RYDAPT	69
RETEVMO	66	RYTARY	15
RETROVIR IV INFUSION	75	<i>sajazir</i>	39
REVCovi	82	SANDIMMUNE	41
REVLIMID	65	SANTYL	26
REXULTI	72	SAPHNELO	39
REYATAZ	73	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	82
REZLIDHIA	69	SAVELLA	23
REZUROCK	41	SAVELLA TITRATION PACK	23
RHOPRESSA	44	SCSEMBLIX	66
<i>ribavirin</i>	74	<i>scopolamine</i>	63
<i>rifabutin</i>	63	SECUADO	72
<i>rifampin</i>	63	<i>selegiline hcl</i>	15
<i>riluzole</i>	25	<i>selenium sulfide</i>	27
RINVOQ	39	SELZENTRY	73
<i>risedronate sodium</i>	21	SEREVENT DISKUS	50
<i>risedronate sodium dr</i>	21	<i>sertraline hcl</i>	62
RISPERDAL CONSTA	72	<i>sertraline hydrochloride</i>	62
<i>risperidone</i>	72	<i>setlakin</i>	34

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sevelamer carbonate</i>	76	<i>sprintec 28</i>	34
SFROWASA	21	SPRITAM	60
<i>sharobel</i>	36	SPRYCEL	69
SHINGRIX	43	<i>sps</i>	76
SIGNIFOR	37	<i>sronyx</i>	34
SIGNIFOR LAR	37	<i>ssd</i>	26
<i>sildenafil citrate</i>	48	STAMARIL	43
<i>silodosin</i>	30	<i>stavudine</i>	75
<i>silver sulfadiazine</i>	26	STELARA	39
SIMBRINZA	44	STIOLTO RESPIMAT	47
<i>simliya</i>	34	STIVARGA	69
<i>simpesse</i>	34	STRENSIQ	82
<i>simvastatin</i>	19	<i>streptomycin sulfate</i>	54
<i>sirolimus</i>	41	STRIBILD	74
SIRTURO	63	<i>subvenite</i>	60
SKYCLARYS	51	<i>subvenite starter kit/blue</i>	60
SKYRIZI	39	<i>subvenite starter kit/green</i>	60
SKYRIZI PEN	39	<i>subvenite starter kit/orange</i>	60
<i>sodium chloride</i>	77	SUCRAID	82
<i>sodium chloride 0.45%</i>	77	<i>sucrafate</i>	30
<i>sodium chloride 0.9%</i>	51	<i>sulfacetamide sodium</i>	45
<i>sodium oxybate</i>	25	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	44
<i>sodium phenylbutyrate</i>	82	<i>phosphate</i>	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	76	<i>sulfadiazine</i>	57
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	29	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	57
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	74	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	57
<i>solifenacin succinate</i>	30	<i>sulfasalazine</i>	21
SOLQUA 100/33	80	<i>sulindac</i>	53
SOLTAMOX	65	<i>sumatriptan</i>	14
SOMATULINE DEPOT	37	<i>sumatriptan succinate</i>	14
SOMAVERT	37	<i>sunitinib malate</i>	69
<i>sorafenib</i>	69	SUNLENCA	73
<i>sorafenib tosylate</i>	69	SUTAB	29
<i>sorine</i>	19	SYMPAZAN	58
<i>sotalol hcl</i>	19	SYMTUZA	73
<i>sotalol hydrochloride</i>	19	SYNAGIS	40
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	19	SYNJARDY	80
SOTYKTU	26	SYNJARDY XR	80
SPIRIVA HANDIHALER	49	SYNRIBO	66
SPIRIVA RESPIMAT	49	SYNTHROID	37
<i>spironolactone</i>	20	TABLOID	65
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	18	TABRECTA	65
SPRAVATO 56MG DOSE	60	<i>tacrolimus</i>	27
SPRAVATO 84MG DOSE	60	<i>tacrolimus</i>	41
		<i>adalafil</i>	30

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tadalafil</i>	48	THYROLAR-3	37
TAFINLAR	69	<i>tiadylt er</i>	17
TAGRISSE	69	<i>tiagabine hydrochloride</i>	58
TALZENNA	69	TIBSOVO	69
<i>tamoxifen citrate</i>	65	TICOVAC	43
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	30	<i>timolol maleate</i>	43
<i>tarina fe 1/20</i>	34	<i>tinidazole</i>	55
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	34	<i>tiotropium bromide</i>	49
TASIGNA	69	TIVICAY	74
<i>tazarotene</i>	26	TIVICAY PD	74
TAZICEF	56	<i>tizanidine hcl</i>	14
<i>taztia xt</i>	17	<i>tizanidine hydrochloride</i>	14
TAZVERIK	66	TOBI PODHALER	47
TDVAX	43	TOBRADEX	44
TEFLARO	56	TOBRADEX ST	44
TEGSEDI	82	<i>tobramycin</i>	45
<i>telmisartan</i>	18	<i>tobramycin</i>	47
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	18	<i>tobramycin sulfate</i>	54
<i>temazepam</i>	25	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	44
TEMIXYS	75	<i>tolazamide</i>	80
TENIVAC	43	<i>tolterodine tartrate</i>	30
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	75	<i>tolterodine tartrate er</i>	30
TEPMETKO	69	<i>topiramate</i>	60
<i>terazosin hcl</i>	16	<i>toremifene citrate</i>	65
<i>terazosin hydrochloride</i>	16	<i>torseamide</i>	20
<i>terbinafine hcl</i>	64	TOUJEO MAX SOLOSTAR	81
<i>terconazole</i>	64	TOUJEO SOLOSTAR	81
<i>teriparatide</i>	21	TRADJENTA	80
<i>testosterone</i>	31	<i>tramadol hydrochloride</i>	52
<i>testosterone cypionate</i>	31	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	52
<i>testosterone enanthate</i>	31	<i>trandolapril</i>	20
<i>testosterone pump</i>	31	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	18
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	43	<i>tranexamic acid</i>	77
<i>tetrabenazine</i>	25	<i>tranylcypromine sulfate</i>	61
<i>tetracycline hydrochloride</i>	58	TRAZIMERA	65
THALOMID	65	<i>trazodone hydrochloride</i>	62
<i>theophylline er</i>	50	TRECTOR	63
<i>thioridazine hcl</i>	70	TRELEGY ELLIPTA	47
<i>thiothixene</i>	71	TRELSTAR MIXJECT	38
THYROID	37	TRESIBA	81
THYROLAR-1	37	TRESIBA FLEXTOUCH	81
THYROLAR-1/2	37	<i>tretinoin</i>	26
THYROLAR-1/4	37	<i>tretinoin</i>	70
THYROLAR-2	37	<i>tri femynor</i>	34
		<i>triamcinolone acetonide</i>	27

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>triamcinolone acetonide</i>	36	UBRELVY	15
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	25	UDENYCA	79
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	18	UDENYCA ONBODY	79
<i>triderm</i>	27	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	51
<i>trientine hydrochloride</i>	76	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	51
<i>tri-estarylla</i>	35	UNITHROID	37
<i>trifluoperazine hcl</i>	71	<i>urea</i>	26
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	71	<i>ursodiol</i>	29
<i>trifluridine</i>	45	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	74
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	15	VALCHLOR	64
TRIJARDY XR	80	<i>valganciclovir</i>	73
TRIKAFTA	47	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	73
<i>tri-linyah</i>	35	<i>valproic acid</i>	45
<i>trilyte</i>	29	<i>valsartan</i>	18
<i>trimethoprim</i>	55	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	18
<i>tri-mili</i>	35	VALTOCO 10 MG DOSE	58
<i>trimipramine maleate</i>	61	VALTOCO 15 MG DOSE	58
<i>trinessa</i>	35	VALTOCO 20 MG DOSE	58
TRINTELLIX	62	VALTOCO 5 MG DOSE	58
<i>tri-nymyo</i>	35	<i>vancomycin hcl</i>	55
<i>tri-previfem</i>	35	<i>vancomycin hydrochloride</i>	55
TRIPTODUR	38	VANFLYTA	69
<i>tri-sprintec</i>	35	VAQTA	43
TRIUMEQ	75	<i>varenicline starting month box</i>	45
TRIUMEQ PD	75	<i>varenicline tartrate</i>	45
<i>trivora-28</i>	35	VARIVAX	43
<i>tri-vylibra</i>	35	VARIZIG	40
TRIZIVIR	75	VAXELIS	43
TROGARZO	73	VELPHORO	76
<i>tropium chloride</i>	30	VELTASSA	76
<i>tropium chloride er</i>	30	VENCLEXTA	69
TRULICITY	80	VENCLEXTA STARTING PACK	69
TRUMENBA	43	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	62
TRUQAP	69	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	62
TRUSELTIQ	66	VENTAVIS	48
TUKYSA	66	VEOPOZ	39
<i>tulana</i>	36	<i>verapamil hcl</i>	17
TURALIO	69	<i>verapamil hcl er</i>	17
<i>turqoz</i>	35	<i>verapamil hcl sr</i>	17
TWINRIX	43	<i>verapamil hydrochloride</i>	17
TYBOST	73	<i>verapamil hydrochloride er</i>	17
TYMLOS	22	VERQUVO	20
TYPHIM VI	43	VERSACLOZ	71
TYRVAYA	51	VERZENIO	69
TYSABRI	22	V-GO 20	51

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
V-GO 30	51	XEMBIFY	40
V-GO 40	51	XERMELO	28
<i>vicodin hp</i>	52	XGEVA	22
VIDEX EC	75	XIFAXAN	29
VIDEX PEDIATRIC	75	XIGDUO XR	80
<i>vienva</i>	35	XIIDRA	44
<i>vigabatrin</i>	59	XOFLUZA	73
<i>vigadrone</i>	59	XOLAIR	39
<i>vigpoder</i>	59	XOSPATA	69
VIIBRYD STARTER PACK	62	XPOVIO	66
<i>vilazodone hydrochloride</i>	62	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	66
VIMIZIM	82	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	66
<i>viorele</i>	35	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	66
VIRACEPT	73	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	66
VIREAD	75	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	66
VISTOGARD	51	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	66
VITRAKVI	69	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	66
VIVITROL	46	XTAMPZA ER	51
VIZIMPRO	69	XTANDI	65
VOCABRIA	74	<i>yargesa</i>	82
<i>volnea</i>	35	YF-VAX	43
VONJO	66	YUFLYMA 1-PEN KIT	42
<i>voriconazole</i>	64	YUFLYMA 2-PEN KIT	42
VOSEVI	74	YUFLYMA 2-SYRINGE KIT	42
VOTRIENT	69	YUFLYMA CD/UC/HS STARTER	42
VOWST	29	YUPELRI	49
VRAYLAR	72	<i>yuvafem</i>	35
VUMERITY	23	<i>zafirlukast</i>	48
<i>vyfemla</i>	35	<i>zaleplon</i>	25
VYJUVEK	51	ZARXIO	79
<i>vylibra</i>	35	ZEJULA	69
VYNDAMAX	18	ZELBORAF	69
VYVGART HYTRULO	39	<i>zenatane</i>	26
VYZULTA	45	ZENPEP	82
<i>warfarin sodium</i>	78	ZEPOSIA	23
WELIREG	69	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	23
<i>wera</i>	35	ZEPOSIA STARTER KIT	23
<i>wixela inhub</i>	47	<i>zidovudine</i>	75
XALKORI	69	<i>ziprasidone hcl</i>	72
XARELTO	78	<i>ziprasidone mesylate</i>	72
XARELTO STARTER PACK	78	ZIRGAN	45
XATMEP	41	ZOKINVY	82
XCOPRI	60	ZOLINZA	66
XELJANZ	39	<i>zolmitriptan</i>	14
XELJANZ XR	39	<i>zolpidem tartrate</i>	25

ID de formulario: 24069, Versión: 13, Fecha efectiva: 07/01/2024

Ultima actualización: junio 2024

Nombre del medicamento	Página
<i>zolpidem tartrate er</i>	25
ZONISADE	59
<i>zonisamide</i>	59
<i>zovia 1/35</i>	35
<i>zovia 1/35e</i>	35
ZTALMY	25
ZURZUVAE	61
ZYDELIG	69
ZYKADIA	69
ZYLET	44
ZYPREXA RELPREVV	72

Esta farmacopea se actualizó el 06/01/2024. 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 Plans Michigan, Inc.