

2025 Formulario

Lista de medicamentos cubiertos



Blue Best Life Classic (HMO)
Blue Best Life Plus (HMO)

ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID del formulario: 25387, Version 19

Este Formulario se actualizó el 10/27/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Blue Cross®

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

Nota para los miembros actuales:

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

En esta lista de medicamentos (Formulario), los pronombres “nosotros”, “nos” o “nuestro” (junto con su femenino y plural) refieren a AZ Blue. Las palabras “plan” o “nuestro plan” se refieren a AZ Blue.

Este documento incluye una lista de medicamentos (Formulario) para nuestro plan que está actualizada al 01 de noviembre de 2025. Para obtener una lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos (Formulario), aparece en la portada y en la contratapa.

En general, usted debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y, ocasionalmente, durante el año.

Introducción

¿Qué es el Formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)?

En este documento, utilizamos los términos lista de medicamentos y Formulario para hacer referencia a lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos y seleccionados por AZ Blue en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. En general, AZ Blue cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro Formulario en tanto dichos medicamentos sean necesarios por motivos médicos, se obtengan en una farmacia de la red de AZ Blue y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener los medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero AZ Blue podría añadir o quitar medicamentos del Formulario durante el año, pasarlos a distintos niveles de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Debemos cumplir las normas de Medicare al momento de hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web azblue.com/MAPDDocs.

Cambios que pueden afectarlo este año:

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno más bajo, y con las mismas restricciones, o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro Formulario, pero inmediatamente trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta).
 - Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le enviaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.
 - Si hacemos algún cambio de este tipo, usted o el profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se modifica. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de AZ Blue?”

° Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar de inmediato el medicamento de nuestro Formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que estén tomando un medicamento actualmente. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en el Formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el Formulario a un nivel de costo compartido más alto o podemos realizar ambos cambios después de agregar un medicamento correspondiente. También podemos hacer cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro Formulario, añadimos restricciones de autorización previa, límites de cantidades o tratamientos escalonados para un medicamento, o si cambiamos un medicamento a un nivel mayor de costos compartidos, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita resurtir el medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

° Si hacemos algún cambio de este tipo, usted o el profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que sigamos cubriendo el medicamento que toma. El aviso que le presentaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. Además, podrá encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de AZ Blue?”, que figura más abajo.

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento de nuestro Formulario de 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no terminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que los medicamentos continuarán estando disponibles al mismo nivel de costos compartidos y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que los estén tomando por lo que resta del año de cobertura. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, se podría ver afectado por dichos cambios, y es importante que consulte el Formulario del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El Formulario adjunto está actualizado al 01 de noviembre de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre AZ Blue, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contratapa. Si se realizan cambios que no sean de mantenimiento en el Formulario durante el año del plan, los cambios en el Formulario de AZ Blue se publican en nuestro sitio web en azblue.com/MAPDDocs.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de buscar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías, según el tipo de afecciones médicas para el que se usan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una afección del corazón están incluidos en la categoría Agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego, busque su medicamento dentro de esa categoría.

Listado alfabético

Si no tiene claro en cuál categoría buscar, debería buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 67. El Índice presenta una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Se incluyen allí los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que podrá encontrar la información de la cobertura. Vaya a la página que se señale el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

AZ Blue cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico recibe la aprobación de la FDA y tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Sección 3.1 del Capítulo 5, "La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa (PA):** AZ Blue requiere que usted o la persona autorizada a dar recetas obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará recibir la aprobación de AZ Blue antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no recibe la aprobación, AZ Blue podría no cubrir el medicamento.

- **Límites de cantidad (QL):** Para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, AZ Blue proporciona 30 cápsulas por receta de temazepam. Esto podría sumarse a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado (ST):** En algunos casos, AZ Blue exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para tal afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, AZ Blue podría no cubrir el medicamento B a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces AZ Blue cubrirá el medicamento B.

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

Puede pedir que AZ Blue haga una excepción a estas restricciones o límites, o bien solicitar una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción para el formulario de AZ Blue?” en la página iv para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedirle al Departamento de Servicios al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por AZ Blue. Cuando reciba la lista, llévela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por AZ Blue.
- Puede solicitar a AZ Blue una excepción para que le cubra su medicamento. Consulte la información que aparece a continuación para saber cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de AZ Blue?

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

- Puede pedir que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costos compartidos predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura que incluya una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad de medicación que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos una mayor cantidad.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de medicamentos de especialidad. Si se aprueba, bajaría el costo que usted debe pagar por su medicamento.

Por lo general, AZ Blue solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento con menor gasto compartido o la aplicación de la restricción no resultaran tan eficaces para usted ni provocaran efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o Formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción.** En general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo de su profesional autorizado a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona autorizada a dar recetas solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión en un plazo máximo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de la persona autorizada a dar recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o existente de nuestro plan, usted podría estar tomando medicamentos que no estén en nuestro Formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras consulta con su médico para determinar la forma de proceder, podríamos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 108 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no esté en nuestro Formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que le entreguen resurtidos hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento. Después de su primer suministro por 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan por menos de 108 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro Formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero han pasado los primeros 108 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted pide una excepción al Formulario.

Si está tomando un medicamento que no está en el Formulario y experimenta un cambio en el nivel de atención, como cuando le dan el alta de un hospital o un centro de enfermería especializada, puede solicitarnos que cubramos un suministro temporal del medicamento.

Para obtener más información

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

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

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

Blue Cross Blue Shield of Arizona

El Formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por AZ Blue. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 67.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (p. ej., TRULICITY) y los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (p. ej., *dulaglutida*).

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

Abreviaturas que puede ver en la lista de medicamentos:

- B/D:** Este medicamento con receta tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B versus la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Es posible que tenga que enviar información describiendo el uso y entorno del medicamento para realizar la determinación.
- EA:** Cada.
- ED:** Este medicamento con receta normalmente no está cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además de esto, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.
- MO:** Medicamento de pedido por correo. Este medicamento con receta está disponible a través de un servicio de pedidos por correo.
- NDS:** No disponible para un suministro para días extendidos. Este medicamento con receta no está disponible para un suministro de días extendidos.
- PA:** Autorización previa. AZ Blue exige que usted o su médico reciban una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir la aprobación de AZ Blue antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no recibe la aprobación, AZ Blue podría no cubrir el medicamento.
- PA NSO:** Autorización previa solo para nuevos comienzos. Este medicamento con receta requiere autorización previa solo para miembros que inician terapia y no aplica para miembros que ya toman el medicamento.
- QL:** Límites de cantidad Para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, AZ Blue proporciona 30 comprimidos por receta de Januvia. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- ST:** Tratamiento escalonado. En algunos casos, AZ Blue exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para tal afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, AZ Blue podría no cubrir el medicamento B a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces AZ Blue cubrirá el medicamento B.

Etapas del beneficio de medicamentos con receta de la Parte D

A partir de 2025, hay tres etapas de pago de los medicamentos: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos de fabricantes. En el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

ETAPA 1: Etapa del deducible anual

Los planes Medicare Advantage de AZ Blue no tienen deducible anual.

ETAPA 2: Etapa de cobertura inicial

Cada vez que obtiene una receta, su plan registra el costo del medicamento (este es el monto que pagan tanto usted como AZ Blue). Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo varía según el medicamento y la farmacia en la que obtiene su medicamento con receta. Una vez que alcance este límite de \$2,000, pasa a la Etapa 3, la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

ETAPA 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, **no pagará nada** por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Tablas de beneficios de medicamentos con receta de AZ Blue

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

Nivel 1	Genéricos preferidos
Nivel 2	Genéricos
Nivel 3	De marca preferidos
Nivel 4	No preferidos
Nivel 5	Especialidad
Nivel 6	Medicamentos de atención selecta

El costo de los medicamentos en cada nivel depende del plan AZ Blue en el que se encuentre. En la página siguiente hay tablas diseñadas para ayudarle a entender cuánto pagará por sus medicamentos. Encuentre la tabla de su plan y, en la última fila de cada tabla, verá cuál es el copago (un monto en dólares) o coaseguro (un monto porcentual) para los diferentes niveles de su plan. Cada página de la tabla del plan incluye una tabla más pequeña que indica cuáles serán sus costos para un suministro de medicamentos de 90 días (un suministro de 100 días para medicamentos de los Niveles 1 y 2) cuando se solicita en nuestra farmacia de pedidos por correo o en algunas farmacias minoristas.

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

Lo que usted paga como miembro de este plan

Blue Best Life Classic (HMO) (H0302-006)
Blue Best Life Classic (HMO) (H0302-008)

Condados de
Maricopa, Pima
y Pinal

\$0 de prima
mensual



Etapa del deducible anual	Etapa de cobertura inicial Hasta \$2,000 gastados en medicamentos cubiertos, según los costos totales de bolsillo de los miembros.		Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Esta etapa comienza cuando sus costos totales de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$2,000
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales (Minorista o de pedido por correo)	
Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.			
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Genéricos \$0 De marca \$0
Nivel 2: Genéricos	\$9	\$9 (suministro para 100 días)	
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	
Nivel 4: De marca no preferidos	\$100	\$300	
Nivel 5: Especialidad	33 %	No se ofrece	
Nivel 6: Medicamentos de atención especializada	\$0	\$0	

Lo que usted paga como miembro de este plan

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

Condados de
Maricopa y
Pinal

\$45 de prima
mensual



Etapa del deducible anual	Etapa de cobertura inicial		Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales (Minorista o de pedido por correo)	
Hasta \$2,000 gastados en medicamentos cubiertos, según los costos totales de bolsillo de los miembros.			Esta etapa comienza cuando sus costos totales de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$2,000
Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.			
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Genéricos \$0
Nivel 2: Genéricos	\$9	\$9 (suministro para 100 días)	
Nivel 3: De marca preferidos	\$47	\$141	
Nivel 4: De marca no preferidos	\$100	\$300	De marca \$0
Nivel 5: Especialidad	33 %	No se ofrece	
Nivel 6: Medicamentos de atención especializada	\$0	\$0	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
<i>Agentes antidemencia, otros</i>		
<i>ergoloid mesylates tablet</i>	4	
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	QL(30 EA por 30 días); ST
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL(30 EA por 30 días); ST
<i>Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)</i>		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>Inhibidores de la colinesterasa</i>		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating</i>	2	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	4	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution, tablet</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antijaquecosos		
<i>Agonista de receptores de serotonina (5-HT)</i>		
<i>naratriptan hcl</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</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)
<i>Alcaloides del cornezuelo</i>		
<i>dihydroergotamine mesylate solution</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	3	QL(24 EA por 28 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025
Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG INJECTION 140MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
AIMOVIG INJECTION 70MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 120MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
QULIPTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Agentes antiemiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
VYVGART HYTRULO INJECTION 180MG/ML; 2000UNIT/ML	5	PA
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone</i>	3	
OSMOLEX ER TABLET ER 24 HOUR THERAPY PACK	4	PA
OSMOLEX ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129MG, 193MG	4	PA
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tablet</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tablet</i>	4	
INBRIJA	5	PA
RYTARY	4	ST
Agentes cardiovasculares		

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride capsule</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hcl capsule 400mg</i>	2	
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol tablet</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>pindolol tablet</i>	3	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tablet</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nimodipine capsule</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tablet 120mg, 90mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>verapamil hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride sr capsule extended release 24 hour 360mg</i>	3	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	4	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>metirosine</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>pentoxifylline er</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>ranolazine er</i>	3	
<i>sacubitril/valsartan</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	
METHYLDOPA TABLET 500MG	4	
<i>methyldopa tablet 250mg</i>	4	
<i>midodrine hydrochloride</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	6	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	6	
<i>losartan potassium tablet</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	6	
<i>telmisartan</i>	6	
<i>valsartan tablet</i>	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	4	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipídemicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	6	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
<i>lovastatin tablet</i>	6	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	6	
<i>simvastatin tablet</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tablet</i>	3	
<i>colestipol hydrochloride granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	6	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>triamterene capsule</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>toremide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>metolazone</i>	2	
<i>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</i>		
<i>benazepril hydrochloride tablet</i>	6	
<i>captopril tablet</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet</i>	6	
<i>fosinopril sodium</i>	6	
<i>lisinopril tablet</i>	6	
<i>moexipril hydrochloride</i>	6	
<i>perindopril erbumine</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	
<i>ramipril</i>	6	
<i>trandolapril</i>	6	
<i>Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)</i>		
FARXIGA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso</i>		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial</i>		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet</i>	2	
Agentes de antigout		
<i>Agentes de antigout</i>		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
BONSITY	5	PA
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI	4	QL(2 ML por 365 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
WYOST	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
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

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate injection 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
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
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		
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

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 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, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<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 tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg	3	
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<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)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil cream 0.5%</i>	4	
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment</i>	3	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<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	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	3	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>selenium sulfide</i>	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
Pediculicidas/escabidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hydrochloride capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	
<i>prucalopride</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
CTEXLI	5	PA
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flower pack</i>	2	
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 30MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 10MG, 15MG, 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

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

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>trospium chloride</i>	3	
<i>trospium chloride er</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate solution</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINISQUICK INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINISQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
INCRELEX	5	PA
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	4	PA
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
<i>Estrógenos</i>		
<i>abigale</i>	4	
<i>abigale lo</i>	4	
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 tablet 35mcg; 0</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	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Última actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>brielllyn</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	
<i>estradiol patch weekly</i>	3	
<i>estradiol patch twice 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>	3	
<i>falmina</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>feirza 1.5/30</i>	3	
<i>feirza 1/20</i>	3	
<i>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	3	
<i>hailey fe 1/20</i>	3	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	3	
<i>junel fe 1/20</i>	3	
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kimidess</i>	3	
<i>kurvelo</i>	3	
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	3	
<i>larin fe 1/20</i>	3	
<i>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>luizza 1.5/30</i>	3	
<i>luizza 1/20</i>	3	
<i>luteru</i>	3	
<i>lyllana</i>	4	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>marlissa</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mimvey</i>	4	
<i>mimvey lo</i>	4	
<i>mono-lynyah</i>	3	
<i>mononessa</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28</i>	3	
<i>necon 7/7/7</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7</i>	3	
<i>nylia 1/35</i>	3	
<i>nylia 7/7/7</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea</i>	3	
<i>pirmella 1/35</i>	3	
<i>pirmella 7/7/7</i>	3	
<i>portia-28</i>	3	
PREMARIN CREAM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>previfem</i>	3	
<i>rivelsa</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>rosyrah</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)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>sprintec 28</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>valtya 1/50</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>xulane</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
LILETTA	3	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
<i>meleya</i>	1	
NEXPLANON	3	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>orquidea</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<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	2	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	2	
<i>liomny</i>	2	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
RENTHYROID	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
UNITHROID	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antiitiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	QL(60 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	4	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS	5	QL(180 EA por 30 días); PA
VEOPOZ	5	PA

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VYVGART HYTRULO INJECTION 1000MG/5ML; 10000UNIT/5ML	5	QL(20 ML por 28 días); PA
WEZLANA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
WEZLANA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUVITRU INJECTION 8GM/40ML	5	PA
GAMASTAN	3	PA
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
PRIVIGEN	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(1 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM PSORIASIS/UEVITIS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
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, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>engraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>engraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	5	PA NSO
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
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	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENGERIX-B	1	B/D
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	1	B/D
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	1	
PENMENY	1	
PENTACEL	3	
PREHEVBRIO	1	B/D
PRIORIX	1	
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
RABAVER	1	B/D
RECOMBIVAX HB	1	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA	1	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VAXELIS	3	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>acetazolamide er</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
<i>Agentes oftálmicos, otros</i>		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
COMBIGAN	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVI	5	QL(10 ML por 42 días)
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 ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
OPVEE	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	2	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film</i>	3	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>breyana</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO PACKET	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); 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 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); 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 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine 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>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
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>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	
<i>formoterol fumarate nebulization solution</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 1.25mg/3ml</i>	4	QL(270 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml, 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	3	B/D

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</i>		
<i>roflumilast</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>Agentes Terapéuticos, Misceláneos</i>		
ALCOHOL PREP PADS	3	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	2	QL(200 EA por 30 días)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA	3	
NUTRILIPID	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	3	QL(10 EA por 30 días)
RIVFLOZA INJECTION 128MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
RIVFLOZA INJECTION 160MG/ML, 80MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYCLARYS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VISTOGARD	5	
ZOKINVY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	3	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl tablet</i>	2	NDS
<i>methadone hcl solution</i>	3	NDS
<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 phosphate tablet 300mg; 60mg</i>	2	NDS
<i>acetaminophen/codeine solution</i>	2	NDS
<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>lorcet</i>	2	NDS
<i>lorcet hd</i>	2	NDS
<i>lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution, tablet</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
<i>vicodin hp tablet 300mg; 10mg</i>	4	NDS
Analgésicos		
JOURNAVX	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	3	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	2	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	4	PA
<i>diflunisal tablet 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>etodolac capsule, tablet</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, solution</i>	2	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
<i>Aminoglicósidos</i>		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	4	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm</i>	4	
<i>aztreonam injection 2gm</i>	5	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tigecycline</i>	5	
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefactor capsule</i>	2	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefroxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	
<i>meropenem injection 1gm, 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 2gm</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	
<i>fidaxomicin</i>	5	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclínas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyn nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, 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)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE	3	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes para los canales de sodio		
APTOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg</i>	2	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	4	
<i>lacosamide solution, tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble</i>	4	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>perampanel tablet 2mg</i>	4	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	5	
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tablet</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	
<i>topiramate solution</i>	4	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet</i>	2	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EXXUA	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
EXXUA TITRATION PACK	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tablet</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE	5	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	3	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	3	
<i>amoxapine</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	3	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
RALDESY	5	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
<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

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	4	
<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	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	4	
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>caspofungin acetate</i>	4	
<i>clotrimazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>abirtega</i>	4	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
EULEXIN	4	
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XTANDI	5	PA NSO
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
TEVIMBRA	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	
ORSERDU	5	PA NSO
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
<i>mercaptopurine suspension</i>	5	
PURIXAN	5	
TABLOID	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
LONSURF	5	PA NSO
LYSODREN	5	
MODEYSO	5	PA NSO
OGSIVEO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML	5	PA NSO
REVUFORJ	5	PA NSO
SYNRIBO	5	
TRUSELTIQ	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Complementos del tratamiento		
MESNA TABLET	5	
MESNEX TABLET	5	
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	PA NSO
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO	5	PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
DANZITEN	5	PA NSO
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ENSACOVE	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FOTIVDA	5	PA NSO
FRUZAQLA	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
GOMEKLI	5	PA NSO
HERNEXEOS	5	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IBTROZI	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	3	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE, SUSPENSION	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG, 560MG	5	PA NSO
IMKELDI	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
NILOTINIB	5	PA NSO
<i>nilotinib hydrochloride</i>	5	PA NSO
NINLARO	5	PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PHYRAGO TABLET 100MG, 140MG, 20MG, 50MG, 70MG	5	PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROMVIMZA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib maleate</i>	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
<i>Antihelmínticos</i>		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	
<i>Antiprotozoico</i>		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	3	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	3	
<i>benznidazole</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet</i>	3	
COARTEM	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate injection</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
<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</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	3	
<i>haloperidol concentrate</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	4	
<i>perphenazine tablet</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<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 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 tablet disintegrating 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK A	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B	4	QL(24 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
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 CAPSULE	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir capsule 150mg</i>	4	
<i>atazanavir capsule 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 800mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
KALETRA SOLUTION	4	
LEXIVA SUSPENSION	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET	4	QL(360 EA por 30 días)
NORVIR SOLUTION	4	QL(480 ML por 30 días)
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PREZISTA SUSPENSION	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA INJECTION	5	
SUNLENCA TABLET	5	QL(24 EA por 168 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días)
TYBOST	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY	5	
PREVYMIS TABLET	5	
PREVYMIS PACKET 20MG	4	
PREVYMIS PACKET 120MG	5	
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride solution 50mg/ml</i>	5	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule, solution</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	3	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	3	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	3	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
RELENZA DISKHALER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET TABLET	5	QL(336 EA por 365 días); PA
MAVYRET PACKET	5	QL(560 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
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	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT PED	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>nevirapine tablet</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
PIFELTRO	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<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)
<i>abacavir tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir solution</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 167mg; 250mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tablet 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIREAD POWDER	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días)

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
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 powder, suspension</i>	3	
SPS	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 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<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 tablet</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: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE	3	QL(84 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(140 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(420 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(560 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 2.5MG	3	QL(360 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
<i>eltrombopag olamine</i>	5	PA
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
PROCRT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<i>exenatide injection 10mcg/0.04ml</i>	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
<i>exenatide injection 5mcg/0.02ml</i>	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er</i>	6	
<i>glipizide xl</i>	6	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glipizide tablet</i>	6	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	6	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	6	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 4MG, 7MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 1.5MG, 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
<i>glucagon emergency kit</i>	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	
Insulinas		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
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	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Última actualización: 10/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	PA
<i>methocarbamol</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
ONPATTRO	5	PA
PROLASTIN-C	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: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Puede encontrar información sobre el significado 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
REVCOVI	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
WELIREG	5	PA NSO
<i>yargesa</i>	5	PA
ZELVYSIA	5	PA
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

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>	59
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	59
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	59
ABELCET	47
<i>abigale</i>	17
<i>abigale lo</i>	17
ABILIFY MAINTENA	55
<i>abiraterone acetate</i>	48
<i>abirtega</i>	48
ABRYSVO	27
<i>acamprosate calcium dr</i>	31
<i>acarbose</i>	63
ACCUTANE	12
<i>acebutolol hcl</i>	3
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3
<i>acetaminophen/codeine</i>	36
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	36
<i>acetazolamide</i>	29
<i>acetazolamide er</i>	29
<i>acetic acid</i>	36
<i>acetic acid 0.25%</i>	16
<i>acitretin</i>	12
ACTHIB	27
ACTIMMUNE	25
<i>acyclovir</i>	14
<i>acyclovir</i>	58
<i>acyclovir sodium</i>	58
ADACEL	27
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	25
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	25
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT	25
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	25
ADALIMUMAB-ADBM	26
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	25
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	25
PSORIASIS/UVEITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	26
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	26
PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	
ADBRY	13

Nombre del medicamento	Página
<i>adefovir dipivoxil</i>	59
ADEMPAS	32
ADTHYZA	22
ADVAIR HFA	31
<i>afirmelle</i>	17
AIMOVIG	2
AIRSUPRA	31
AKEEGA	49
ALA-CORT	13
<i>albendazole</i>	54
<i>albuterol sulfate</i>	34
<i>albuterol sulfate hfa</i>	34
<i>alclometasone dipropionate</i>	13
ALCOHOL PREP PADS	35
ALECENSA	50
<i>alendronate sodium</i>	8
<i>alfuzosin hcl er</i>	16
ALINIA	54
<i>aliskiren</i>	4
<i>allopurinol</i>	7
<i>alosetron hydrochloride</i>	14
<i>alprazolam</i>	38
<i>altavera</i>	17
ALUNBRIG	50
<i>alyacen 1/35</i>	17
<i>alyacen 7/7/7</i>	17
<i>alyq</i>	32
<i>amabelz</i>	17
<i>amantadine hcl</i>	57
<i>ambrisentan</i>	33
<i>amethia</i>	17
<i>amethia lo</i>	17
<i>amethyst</i>	17
<i>amikacin sulfate</i>	38
<i>amiloride hcl</i>	6
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	4
AMINOSYN II	60
AMINOSYN-PF	61
<i>amiodarone hydrochloride</i>	5
<i>amitriptyline hcl</i>	45
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	45
<i>amlodipine besylate</i>	3
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	4
<i>hydrochloride</i>	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	4
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	4

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Última actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ammonium lactate</i>	13	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	4
<i>amnestem</i>	12	<i>atomoxetine</i>	10
<i>amoxapine</i>	45	<i>atomoxetine hydrochloride</i>	10
<i>amoxicillin</i>	40	<i>atorvastatin calcium</i>	6
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	40	<i>atovaquone</i>	54
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	40	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	54
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	9	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	54
<i>amphotericin b</i>	47	<i>atropine sulfate</i>	29
<i>amphotericin b liposome</i>	47	ATROVENT HFA	34
<i>ampicillin</i>	40	<i>aubra eq</i>	18
<i>ampicillin sodium</i>	40	AUGMENTIN	41
<i>ampicillin/sulbactam</i>	40	AUGTYRO	50
<i>ampicillin-sulbactam</i>	40	<i>aurovela 1.5/30</i>	18
<i>anagrelide hydrochloride</i>	62	<i>aurovela 1/20</i>	18
<i>anastrozole</i>	50	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	18
ANORO ELLIPTA	31	<i>aurovela fe 1/20</i>	18
<i>aprepitant</i>	46	AUSTEDO	10
APTOM	43	AUSTEDO XR	10
APTIVUS	56	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	10
AREXVY	27	KIT	
<i>arformoterol tartrate</i>	34	AUVELITY	44
ARIKAYCE	38	<i>aviane</i>	18
<i>aripiprazole</i>	55	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	50
<i>aripiprazole odt</i>	55	AVONEX	8
ARISTADA	55	AVONEX PEN	8
ARISTADA INITIO	55	<i>ayuna</i>	18
<i>armodafinil</i>	11	AYVAKIT	50
ARMOUR THYROID	22	<i>azathioprine</i>	26
ARNUIITY ELLIPTA	33	<i>azelaic acid</i>	12
<i>asenapine maleate sl</i>	55	<i>azelastine hcl</i>	29
<i>ashlyna</i>	18	<i>azelastine hcl</i>	33
ASMANEX HFA	33	<i>azelastine hydrochloride</i>	33
ASMANEX TWISTHALER 120	33	<i>azithromycin</i>	41
METERED DOSES		<i>aztreonam</i>	39
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	33	<i>azurette</i>	18
DOSES		<i>bacitracin</i>	30
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	33	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	29
DOSES		<i>baclofen</i>	1
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	33	<i>balsalazide disodium</i>	7
DOSES		BALVERSA	50
<i>aspirin/dipyridamole</i>	61	<i>balziva</i>	18
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	61	BAQSIMI ONE PACK	64
ASTAGRAF XL	26	BAQSIMI TWO PACK	64
<i>atazanavir</i>	56	BARACLUDE	59
<i>atazanavir sulfate</i>	56	<i>bcg vaccine</i>	27
<i>atenolol</i>	3		

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BD INSULIN SYRINGE	35	BREZTRI AEROSPHERE	31
SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"		<i>briellyn</i>	18
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	35	BRILINTA	61
II/0.3ML/31G X 5/16"		BRIMONIDINE TARTRATE	29
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	35	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	29
FINE/0.5ML/30G X 12.7MM		<i>brinzolamide</i>	29
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	35	BRIVIACT	43
FINE/1ML/31G X 8MM		<i>bromfenac sodium</i>	30
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	35	<i>bromocriptine mesylate</i>	2
FINE/29G X 12.7MM		BRONCHITOL	32
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	35	BRUKINSA	50
<i>6mm</i>		<i>budesonide</i>	8
<i>bekyree</i>	18	<i>budesonide</i>	33
BELSOMRA	11	<i>budesonide er</i>	8
<i>benazepril hydrochloride</i>	7	<i>bumetanide</i>	6
<i>benazepril</i>	4	<i>buprenorphine</i>	36
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>buprenorphine hcl</i>	31
BENLYSTA	24	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	31
<i>benznidazole</i>	54	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	31
<i>benztropine mesylate</i>	2	<i>hydrochloride</i>	
BESIVANCE	30	<i>bupropion hydrochloride</i>	44
BESREMI	25	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	31
<i>betaine anhydrous</i>	65	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	44
<i>betamethasone dipropionate</i>	13	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	44
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	13	<i>buspirone hcl</i>	38
<i>betamethasone valerate</i>	13	<i>buspirone hydrochloride</i>	38
BETASERON	8	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	11
<i>betaxolol hcl</i>	3	BYDUREON BCISE	63
<i>betaxolol hcl</i>	29	BYETTA	63
<i>bethanechol chloride</i>	16	CABENUVA	58
<i>bexarotene</i>	53	<i>cabergoline</i>	23
BEXSERO	27	CABLIVI	61
<i>bicalutamide</i>	48	CABOMETYX	50
BICILLIN L-A	41	<i>calcipotriene</i>	12
BIKTARVY	58	<i>calcitonin-salmon</i>	8
<i>bisoprolol fumarate</i>	3	<i>calcitriol</i>	8
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>calcium acetate</i>	60
BIVIGAM	25	CALQUENCE	50
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	18	<i>camila</i>	21
<i>blisovi fe 1/20</i>	18	<i>camrese</i>	18
BONSITY	8	<i>camrese lo</i>	18
BOOSTRIX	27	<i>candesartan cilexetil</i>	5
BOSULIF	50	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	4
BRAFTOVI	50	CAPLYTA	55
BREO ELLIPTA	31	CAPRELSA	50
<i>breyna</i>	31	<i>captopril</i>	7

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>ciclopirox</i>	14
<i>carbamazepine</i>	43	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	14
<i>carbamazepine er</i>	43	<i>ciclopirox olamine</i>	14
<i>carbidopa</i>	2	<i>cilostazol</i>	61
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	CIMDUO	59
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	8
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	CINRYZE	25
<i>carglumic acid</i>	61	<i>ciprofloxacin</i>	41
<i>carteolol hcl</i>	29	<i>ciprofloxacin hcl</i>	41
<i>cartia xt</i>	3	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	30
<i>carvedilol</i>	3	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	41
<i>caspofungin acetate</i>	47	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	41
CAYSTON	32	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	36
<i>cefaclor</i>	39	<i>cisplatin</i>	48
<i>cefadroxil</i>	40	<i>citalopram hydrobromide</i>	45
CEFAZOLIN	40	<i>claravis</i>	12
<i>cefazolin sodium</i>	40	<i>clarithromycin</i>	41
<i>cefdinir</i>	40	<i>clarithromycin er</i>	41
<i>cefepime</i>	40	CLENPIQ	15
<i>cefepime hydrochloride</i>	40	CLIMARA PRO	18
<i>cefixime</i>	40	<i>clindacin etz pledgets</i>	39
<i>cefotaxime sodium</i>	40	<i>clindamycin hcl</i>	39
<i>cefotetan</i>	40	<i>clindamycin hydrochloride</i>	39
<i>cefoxitin sodium</i>	40	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	39
<i>cefpodoxime proxetil</i>	40	<i>clindamycin phosphate</i>	14
<i>cefprozil</i>	40	<i>clindamycin phosphate</i>	39
<i>ceftazidime</i>	40	<i>clobazam</i>	42
<i>ceftazidime/dextrose</i>	40	<i>clobetasol propionate</i>	13
<i>ceftriaxone sodium</i>	40	<i>clobetasol propionate e</i>	13
<i>cefuroxime axetil</i>	40	<i>clomipramine hydrochloride</i>	45
<i>cefuroxime sodium</i>	40	<i>clonazepam</i>	42
<i>celecoxib</i>	37	<i>clonazepam odt</i>	42
<i>cephalexin</i>	40	<i>clonidine</i>	4
CERDELGA	65	<i>clonidine hydrochloride</i>	4
<i>chateal</i>	18	<i>clopidogrel</i>	61
<i>chateal eq</i>	18	<i>clorazepate dipotassium</i>	38
CHEMET	60	<i>clotrimazole</i>	47
<i>chlorhexidine gluconate</i>	12	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	12
<i>chloroquine phosphate</i>	54	CLOVIQUE	60
<i>chlorpromazine hcl</i>	54	<i>clozapine</i>	55
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	54	<i>clozapine odt</i>	55
<i>chlorthalidone</i>	6	COARTEM	54
CHOLBAM	65	COBENFY	11
<i>cholestyramine</i>	6	COBENFY STARTER PACK	11
<i>cholestyramine light</i>	6	<i>colchicine</i>	7
<i>ciclodan</i>	14	<i>colesevelam hydrochloride</i>	6

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>colestipol hydrochloride</i>	6	DAURISMO	50
<i>colistimethate sodium</i>	39	<i>daysee</i>	18
<i>colocort</i>	8	<i>deblitane</i>	21
COMBIGAN	29	<i>deferasirox</i>	60
COMBIVENT RESPIMAT	32	DELSTRIGO	58
COMETRIQ	50	<i>delyla</i>	18
COMPLERA	58	<i>demeclocycline hcl</i>	42
<i>compro</i>	47	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	42
<i>constulose</i>	14	DENG VAXIA	27
COPIKTRA	50	DEPO-SUBQ PROVERA 104	21
<i>cortisone acetate</i>	22	DESCOVY	59
COSENTYX	24	<i>desipramine hydrochloride</i>	45
COSENTYX SENSOREADY PEN	24	<i>desmopressin acetate</i>	17
COSENTYX UNOREADY	24	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	18
COTELLIC	50	<i>desonide</i>	13
CREON	65	<i>desoximetasone</i>	13
<i>cromolyn sodium</i>	29	<i>desvenlafaxine er</i>	45
<i>cromolyn sodium</i>	34	<i>dexamethasone</i>	22
<i>cromolyn sodium</i>	65	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	30
<i>cryselle-28</i>	18	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	10
CTEXLI	15	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	10
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	35	<i>dextrose 5%</i>	61
CUVITRU	25	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	61
<i>cyclafem 1/35</i>	18	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	61
<i>cyclafem 7/7/7</i>	18	DIACOMIT	42
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	65	<i>diazepam</i>	38
<i>cyclophosphamide</i>	48	<i>diazepam intensol</i>	38
<i>cycloserine</i>	47	<i>diazepam rectal gel</i>	42
<i>cyclosporine</i>	26	<i>diazoxide</i>	64
<i>cyclosporine</i>	29	<i>diclofenac potassium</i>	37
<i>cyclosporine modified</i>	26	<i>diclofenac sodium</i>	12
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	33	<i>diclofenac sodium</i>	30
CYSTAGON	65	<i>diclofenac sodium</i>	37
CYSTARAN	29	<i>diclofenac sodium dr</i>	37
<i>dalfampridine er</i>	8	<i>diclofenac sodium er</i>	37
<i>danazol</i>	17	<i>dicloxacillin sodium</i>	41
<i>dantrolene sodium</i>	1	<i>dicyclomine hcl</i>	16
DANZITEN	50	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	16
<i>dapsone</i>	47	DIFICID	41
DAPTACEL	27	<i>diflunisal</i>	37
<i>daptomycin</i>	39	<i>digitek</i>	5
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	39	<i>digox</i>	5
<i>darunavir</i>	56	<i>digoxin</i>	5
<i>dasatinib</i>	50	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1
<i>dasetta 1/35</i>	18	DILANTIN	43
<i>dasetta 7/7/7</i>	18	<i>diltiazem hcl</i>	3

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diltiazem hcl cd</i>	3	EDARBI	5
<i>diltiazem hcl er</i>	3	EDARBYCLOR	4
<i>diltiazem hydrochloride</i>	3	EDURANT	58
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	3	EDURANT PED	58
<i>dilt-xr</i>	3	<i>efavirenz</i>	58
<i>dimethyl fumarate</i>	8	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	8	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	33	<i>efavirenz</i>	58
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	14	<i>efavirenz</i>	58
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	27	<i>efavirenz</i>	58
<i>disulfiram</i>	31	<i>efavirenz</i>	58
<i>divalproex sodium dr</i>	42	<i>efavirenz</i>	58
<i>divalproex sodium er</i>	42	<i>efavirenz</i>	58
<i>dofetilide</i>	5	<i>efavirenz</i>	58
<i>dolishale</i>	18	<i>efavirenz</i>	58
<i>donepezil hcl</i>	1	<i>efavirenz</i>	58
<i>donepezil hydrochloride</i>	1	<i>efavirenz</i>	58
DOPTLET	62	<i>efavirenz</i>	58
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	29	<i>efavirenz</i>	58
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	29	<i>efavirenz</i>	58
DOTTI	18	<i>efavirenz</i>	58
DOVATO	58	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxazosin mesylate</i>	16	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxepin hcl</i>	45	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxepin hydrochloride</i>	45	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxy 100</i>	42	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxycycline</i>	42	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxycycline hyclate</i>	12	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxycycline hyclate</i>	42	<i>efavirenz</i>	58
<i>doxycycline monohydrate</i>	42	<i>efavirenz</i>	58
DRIZALMA SPRINKLE	46	<i>efavirenz</i>	58
<i>dronabinol</i>	46	<i>efavirenz</i>	58
DROXIA	49	<i>efavirenz</i>	58
<i>droxidopa</i>	4	<i>efavirenz</i>	58
DULERA	32	<i>efavirenz</i>	58
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	46	<i>efavirenz</i>	58
DUPIXENT	24	<i>efavirenz</i>	58
<i>dutasteride</i>	16	<i>efavirenz</i>	58
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	35	<i>efavirenz</i>	58
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM	35	<i>efavirenz</i>	58
<i>ec-naproxen</i>	37	<i>efavirenz</i>	58
<i>econazole nitrate</i>	47	<i>efavirenz</i>	58

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>epinephrine</i>	34	<i>famciclovir</i>	58
<i>epitol</i>	43	<i>famotidine</i>	15
<i>eplerenone</i>	5	FANAPT	55
EPRONTIA	44	FANAPT TITRATION PACK A	55
<i>ergoloid mesylates</i>	1	FANAPT TITRATION PACK B	55
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1	FANAPT TITRATION PACK C	55
ERIVEDGE	50	FARXIGA	7
ERLEADA	48	FARYDAK	51
<i>erlotinib hydrochloride</i>	51	FASENRA	32
<i>errin</i>	21	FASENRA PEN	32
<i>ertapenem sodium</i>	41	<i>fayosim</i>	19
<i>ery</i>	14	<i>febuxostat</i>	7
<i>erythromycin</i>	14	<i>feirza 1.5/30</i>	19
<i>erythromycin</i>	30	<i>feirza 1/20</i>	19
<i>erythromycin dr</i>	41	<i>felbamate</i>	44
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	12	<i>felodipine er</i>	3
<i>escitalopram oxalate</i>	46	<i>femynor</i>	19
<i>eslicarbazepine acetate</i>	43	<i>fenofibrate</i>	5
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	<i>fenofibrate micronized</i>	5
<i>estarylla</i>	18	<i>fenofibric acid dr</i>	5
<i>estradiol</i>	18	<i>fentanyl</i>	36
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	18	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	36
ESTRING	18	FETZIMA	46
<i>eszopiclone</i>	11	FETZIMA TITRATION PACK	46
<i>ethambutol hydrochloride</i>	47	<i>fidaxomicin</i>	41
<i>ethosuximide</i>	42	FINACEA	12
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	18	<i>finasteride</i>	16
<i>etodolac</i>	37	<i>fingolimod hydrochloride</i>	8
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	FINTEPLA	44
<i>etravirine</i>	58	FIRMAGON	23
EUCRISA	13	FLAREX	30
EULEXIN	48	<i>flecainide acetate</i>	5
EUTHYROX	22	<i>fluconazole</i>	47
<i>everolimus</i>	26	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	47
<i>everolimus</i>	51	<i>flucytosine</i>	48
EVOTAZ	56	<i>fludrocortisone acetate</i>	22
EVRYSDI	65	<i>flunisolide</i>	33
<i>exemestane</i>	50	<i>fluocinolone acetonide</i>	13
<i>exenatide</i>	63	<i>fluocinolone acetonide body</i>	13
EXKIVITY	51	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	13
EXXUA	45	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	13
EXXUA TITRATION PACK	45	<i>fluocinonide</i>	13
<i>ezetimibe</i>	6	<i>fluorometholone</i>	30
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	6	<i>fluorouracil</i>	12
FABRAZYME	65	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	46
<i>falmina</i>	18	<i>fluphenazine decanoate</i>	54

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluphenazine hcl</i>	54	<i>gentak</i>	30
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	54	<i>gentamicin sulfate</i>	30
<i>flurbiprofen</i>	37	<i>gentamicin sulfate</i>	38
<i>flurbiprofen sodium</i>	30	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	38
<i>flutamide</i>	48	GENVOYA	58
<i>fluticasone propionate</i>	13	GILOTRIF	51
<i>fluticasone propionate</i>	33	<i>glatiramer acetate</i>	9
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	32	GLEOSTINE	48
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	32	<i>glimepiride</i>	63
<i>fluvastatin</i>	6	<i>glipizide</i>	63
<i>fluvastatin sodium er</i>	6	<i>glipizide er</i>	63
<i>fluvoxamine maleate</i>	46	<i>glipizide xl</i>	63
<i>fondaparinux sodium</i>	62	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	63
<i>formoterol fumarate</i>	34	<i>glucagon emergency kit</i>	64
FORTEO	8	<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	64
<i>fosamprenavir calcium</i>	56	<i>glyburide</i>	63
<i>fosinopril sodium</i>	7	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	63
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>glycopyrrolate</i>	16
FOTIVDA	51	GLYXAMBI	63
FRAGMIN	62	GOMEKLI	51
FRUZAQLA	51	<i>griseofulvin microsize</i>	48
<i>furosemide</i>	6	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	48
FUZEON	57	<i>guanfacine hydrochloride</i>	5
FYAVOLV	19	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	10
FYCOMPA	44	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	64
<i>gabapentin</i>	42	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	64
<i>galantamine hydrobromide</i>	1	GVOKE KIT	64
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	GVOKE PFS	64
<i>gallifrey</i>	21	<i>hailey 1.5/30</i>	19
GAMASTAN	25	<i>hailey fe 1.5/30</i>	19
<i>ganciclovir</i>	57	<i>hailey fe 1/20</i>	19
GARDASIL 9	28	<i>halobetasol propionate</i>	13
<i>gatifloxacin</i>	30	<i>haloette</i>	19
<i>gavilyte-c</i>	15	<i>haloperidol</i>	54
<i>gavilyte-g</i>	15	<i>haloperidol decanoate</i>	54
<i>gavilyte-h</i>	15	<i>haloperidol lactate</i>	54
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	15	HAVRIX	28
GAVRETO	51	<i>heather</i>	21
<i>gefitinib</i>	51	<i>heparin sodium</i>	62
GELNIQUE	16	HEPLISAV-B	28
<i>gemfibrozil</i>	6	HERNEXEOS	51
GEMTESA	16	HIBERIX	28
<i>generlac</i>	15	HIZENTRA	25
<i>engraf</i>	26	HUMALOG	64
GENOTROPIN	17	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	64
GENOTROPIN MINISQUICK	17	HUMALOG KWIKPEN	64

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMALOG MIX 50/50	64	ICLUSIG	51
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	64	<i>icosapent ethyl</i>	6
HUMALOG MIX 75/25	64	IDHIFA	51
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	64	IGALMI	31
HUMATIN	39	ILEVRO	30
HUMIRA	27	<i>imatinib mesylate</i>	51
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	26	IMBRUVICA	51
DISEASE STARTER PACK		<i>imipenem/cilastatin</i>	41
HUMIRA PEN	26	<i>imipramine hcl</i>	45
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	26	<i>imipramine hydrochloride</i>	45
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	26	<i>imiquimod</i>	12
STARTER PACK		IMKELDI	51
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	26	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	28
HUMULIN 70/30	64	IMPAVIDO	39
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	64	INBRIJA	2
HUMULIN N	64	<i>incassia</i>	21
HUMULIN N KWIKPEN	64	INCRELEX	17
HUMULIN R	64	INCRUSE ELLIPTA	34
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	64	<i>indapamide</i>	6
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	64	<i>indomethacin</i>	37
<i>hydralazine hydrochloride</i>	7	<i>indomethacin er</i>	37
<i>hydrochlorothiazide</i>	6	INFANRIX	28
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	36	INFLECTRA	27
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	37	INFLIXIMAB	27
<i>hydrocortisone</i>	8	INGREZZA	11
<i>hydrocortisone</i>	14	INLYTA	51
<i>hydrocortisone</i>	22	INQOVI	51
<i>hydrocortisone valerate</i>	13	INREBIC	49
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	36	<i>insulin lispro</i>	64
<i>hydromorphone hcl</i>	37	INTELENCE	58
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	37	<i>introvale</i>	19
<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	37	INVEGA HAFYERA	55
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	54	INVEGA SUSTENNA	55
<i>hydroxyurea</i>	49	INVEGA TRINZA	55
<i>hydroxyzine hcl</i>	33	IPOL INACTIVATED IPV	28
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	33	<i>ipratropium bromide</i>	34
<i>hydroxyzine pamoate</i>	33	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	32
HYPERHEP B	25	<i>irbesartan</i>	5
<i>ibandronate sodium</i>	8	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	4
IBRANCE	49	ISENTRESS	58
IBRANCE	51	ISENTRESS HD	58
IBTROZI	51	ISONIAZID	47
<i>ibu</i>	37	<i>isosorbide dinitrate</i>	7
<i>ibuprofen</i>	37	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	4
<i>icatibant acetate</i>	25	<i>hydrochloride</i>	
<i>iclevia</i>	19	<i>isosorbide mononitrate</i>	7

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>isosorbide mononitrate er</i>	7	KINRIX	28
<i>isotretinoin</i>	12	<i>kionex</i>	60
<i>isradipine</i>	3	KISQALI	51
ISTURISA	17	KISQALI FEMARA 200 DOSE	49
ITOVEBI	49	KISQALI FEMARA 400 DOSE	49
<i>itraconazole</i>	48	KISQALI FEMARA 600 DOSE	49
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	<i>klayesta</i>	48
<i>ivermectin</i>	54	<i>klor-con</i>	61
IWILFIN	49	<i>klor-con 10</i>	61
IXCHIQ	28	<i>klor-con 8</i>	61
IXIARO	28	<i>klor-con m10</i>	61
<i>jaimiess</i>	19	<i>klor-con m15</i>	61
JAKAFI	51	<i>klor-con m20</i>	61
<i>jantoven</i>	62	<i>klor-con sprinkle</i>	61
JANUMET	63	<i>klor-con/ef</i>	61
JANUMET XR	63	KOSELUGO	51
JANUVIA	63	<i>kourzeq</i>	12
JARDIANCE	7	KRAZATI	51
JAYPIRCA	51	<i>kurvelo</i>	19
<i>jencycla</i>	21	<i>labetalol hydrochloride</i>	3
JENTADUETO	63	<i>lacosamide</i>	43
JENTADUETO XR	63	<i>lactulose</i>	15
<i>jinteli</i>	19	<i>lamivudine</i>	59
<i>jolessa</i>	19	<i>lamivudine</i>	59
JOURNAVX	37	<i>lamivudine/zidovudine</i>	59
JUBBONTI	8	<i>lamotrigine</i>	44
JUBLIA	48	<i>lamotrigine er</i>	44
JULUCA	58	<i>lamotrigine odt</i>	44
<i>junel 1.5/30</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	44
<i>junel 1/20</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	44
<i>junel fe 1.5/30</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	44
<i>junel fe 1/20</i>	19	<i>lansoprazole</i>	16
JYLAMVO	27	LANTUS	64
JYNNEOS	28	LANTUS SOLOSTAR	64
KALETRA	56	<i>lapatinib ditosylate</i>	51
KALYDECO	32	<i>larin 1.5/30</i>	19
<i>kariva</i>	19	<i>larin 1/20</i>	19
<i>kelnor 1/35</i>	19	<i>larin fe 1.5/30</i>	19
<i>kelnor 1/50</i>	19	<i>larin fe 1/20</i>	19
KERENDIA	5	<i>larissia</i>	19
KESIMPTA	9	<i>latanoprost</i>	31
<i>ketoconazole</i>	48	LAZCLUZE	49
<i>ketorolac tromethamine</i>	30	<i>leflunomide</i>	27
<i>ketorolac tromethamine</i>	37	<i>lenalidomide</i>	48
<i>kimidess</i>	19	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	51
KINERET	24	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	51

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	51	<i>lithium carbonate</i>	31
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	51	<i>lithium carbonate er</i>	31
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	51	LIVMARLI	15
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	52	LIVTENCITY	57
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	52	<i>lojaimiess</i>	19
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	52	LOKELMA	60
<i>lessina</i>	19	LONSURF	49
<i>letrozole</i>	50	<i>loperamide hydrochloride</i>	14
<i>leucovorin calcium</i>	49	<i>lopinavir/ritonavir</i>	56
LEUKERAN	48	<i>lopreeza</i>	19
<i>leuprolide acetate</i>	23	<i>lorazepam</i>	38
<i>levalbuterol</i>	34	<i>lorazepam intensol</i>	38
<i>levalbuterol hcl</i>	34	LORBRENA	52
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	34	<i>lorcet</i>	37
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	34	<i>lorcet hd</i>	37
<i>levetiracetam</i>	44	<i>lorcet plus</i>	37
<i>levetiracetam er</i>	44	<i>losartan potassium</i>	5
<i>levobunolol hcl</i>	29	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	33	LOTEMAX SM	31
<i>levofloxacin</i>	30	<i>lovastatin</i>	6
<i>levofloxacin</i>	41	<i>low-ogestrel</i>	19
<i>levofloxacin in d5w</i>	41	<i>loxapine</i>	54
<i>levonest</i>	19	<i>lubiprostone</i>	15
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	19	<i>luizza 1.5/30</i>	19
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	19	<i>luizza 1/20</i>	19
<i>levora 0.15/30-28</i>	19	LUMAKRAS	52
LEVO-T	22	LUMIGAN	31
<i>levothyroxine sodium</i>	22	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	23
LEVOXYL	22	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	23
LEXIVA	56	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	23
<i>l-glutamine</i>	65	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	23
LIBERVANT	42	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	23
<i>lidocaine</i>	38	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	23
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	12	<i>lurasidone hydrochloride</i>	55
<i>lidocaine viscous</i>	12	<i>lutura</i>	19
<i>lidocaine/prilocaine</i>	38	LYBALVI	55
<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	38	<i>lyleq</i>	21
LILETTA	21	<i>lyllana</i>	19
<i>lillow</i>	19	LYNPARZA	52
<i>linezolid</i>	39	LYSODREN	49
LINZESS	15	LYTGOBI	52
<i>liomny</i>	22	LYUMJEV	64
<i>liothyronine sodium</i>	22	LYUMJEV KWIKPEN	64
<i>lisinopril</i>	7	<i>lyza</i>	21
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>magnesium sulfate</i>	61
<i>lithium</i>	31	<i>malathion</i>	14

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>maraviroc</i>	57	<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	10
<i>marlissa</i>	20	<i>methylprednisolone</i>	22
MARPLAN	45	<i>methylprednisolone dose pack</i>	22
MATULANE	48	<i>metoclopramide hcl</i>	15
<i>matzim la</i>	3	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	15
MAVYRET	57	<i>metolazone</i>	7
MAYZENT	9	<i>metoprolol succinate er</i>	3
MAYZENT STARTER PACK	9	<i>metoprolol tartrate</i>	3
<i>meclizine hcl</i>	47	<i>metronidazole</i>	13
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	21	<i>metronidazole</i>	39
<i>mefloquine hydrochloride</i>	54	<i>metronidazole vaginal</i>	39
<i>megestrol acetate</i>	21	<i>metyrosine</i>	4
MEKINIST	52	<i>mexiletine hydrochloride</i>	5
MEKTOVI	52	<i>microgestin 1.5/30</i>	20
<i>meleya</i>	22	<i>microgestin 1/20</i>	20
<i>meloxicam</i>	37	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	20
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	<i>microgestin fe 1/20</i>	20
<i>memantine hydrochloride</i>	1	<i>midodrine hydrochloride</i>	5
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	<i>mifepristone</i>	23
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	1	<i>miglustat</i>	65
MENACTRA	28	<i>mili</i>	20
MENEST	20	<i>mimvey</i>	20
MENQUADFI	28	<i>mimvey lo</i>	20
MENVEO	28	<i>minocycline hcl</i>	42
<i>mercaptapurine</i>	49	<i>minocycline hydrochloride</i>	42
<i>meropenem</i>	41	<i>minoxidil</i>	7
<i>mesalamine</i>	7	<i>mirtazapine</i>	45
<i>mesalamine dr</i>	7	<i>mirtazapine odt</i>	45
<i>mesalamine er</i>	7	<i>misoprostol</i>	16
MESNA	50	M-M-R II	28
MESNEX	50	<i>modafinil</i>	11
<i>metformin hydrochloride</i>	63	MODEYSO	49
<i>metformin hydrochloride er</i>	63	<i>moexipril hydrochloride</i>	7
<i>methadone hcl</i>	36	<i>molindone hydrochloride</i>	54
<i>methadone hydrochloride</i>	36	<i>mometasone furoate</i>	14
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	36	<i>mometasone furoate</i>	33
<i>methazolamide</i>	29	<i>mondoxyne nl</i>	42
<i>methenamine hippurate</i>	39	<i>mono-lynyah</i>	20
<i>methimazole</i>	23	<i>mononessa</i>	20
<i>methocarbamol</i>	65	<i>montelukast sodium</i>	33
<i>methotrexate</i>	27	<i>morgidox 1x100mg</i>	42
<i>methotrexate sodium</i>	27	<i>morgidox 2x100mg</i>	42
<i>methsuximide</i>	42	<i>morphine sulfate</i>	37
METHYLDOPA	5	<i>morphine sulfate er</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	10	MOTEGRITY	15
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	10	MOUNJARO	63

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	41	NEXLIZET	6
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	30	NEXPLANON	22
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	41	<i>niacin er</i>	6
MRESVIA	28	NICOTROL NS	31
MULTAQ	5	<i>nifedipine er</i>	3
<i>mupirocin</i>	14	NILOTINIB	52
<i>mycophenolate mofetil</i>	27	<i>nilotinib hydrochloride</i>	52
<i>mycophenolic acid dr</i>	27	<i>nilutamide</i>	48
<i>myorisan</i>	13	<i>nimodipine</i>	3
MYRBETRIQ	16	NINLARO	52
<i>nabumetone</i>	37	<i>nitazoxanide</i>	54
<i>nadolol</i>	3	<i>nitisinone</i>	65
<i>nafcillin sodium</i>	41	NITRO-BID	7
<i>naloxone hcl</i>	31	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	39
<i>naloxone hydrochloride</i>	31	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	39
<i>naltrexone hydrochloride</i>	31	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	39
NAMZARIC	1	<i>nitroglycerin</i>	7
<i>naproxen</i>	38	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>naproxen dr</i>	38	<i>nitroglycerin transdermal</i>	7
<i>naproxen sodium</i>	38	NIVA THYROID	22
<i>naratriptan hcl</i>	1	<i>nizatidine</i>	16
NATACYN	30	<i>nora-be</i>	22
<i>nateglinide</i>	63	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	20
NAYZILAM	44	<i>norethindrone</i>	22
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	<i>norethindrone acetate</i>	22
<i>necon 0.5/35-28</i>	20	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	20
<i>necon 7/7/7</i>	20	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	20
<i>nefazodone hydrochloride</i>	46	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	20
<i>neomycin sulfate</i>	39	<i>norlyda</i>	22
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	29	<i>norlyroc</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	30	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	20
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis one</i>	29	<i>nortrel 1/35</i>	20
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	30	<i>nortrel 7/7/7</i>	20
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	30	<i>nortriptyline hcl</i>	45
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	36	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	45
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	36	NORVIR	56
<i>neo-polycin</i>	29	NOVOLIN 70/30	64
<i>neo-polycin hc</i>	29	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	64
NERLYNX	52	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	64
NEULASTA	62	NOVOLIN 70/30 RELION	64
NEULASTA ONPRO KIT	62	NOVOLIN N	64
<i>nevirapine</i>	59	NOVOLIN N FLEXPEN	64
<i>nevirapine er</i>	58	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	64
NEXLETOL	6	NOVOLIN N RELION	64
		NOVOLIN R	65

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLIN R FLEXPEN	65	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	6
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	65	<i>omeprazole</i>	16
NOVOLIN R RELION	65	<i>omeprazole dr</i>	16
NOVOLOG	65	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	35
NOVOLOG FLEXPEN	65	(GEN 5)	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	65	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	35
NOVOLOG MIX 70/30	65	(GEN 5)	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	65	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	35
FLEXPEN		OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	35
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	65	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	35
FLEXPEN RELION		GEN 5	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	65	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	35
NOVOLOG PENFILL	65	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	35
NOVOLOG RELION	65	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 120</i>	22	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	35
<i>np thyroid 15</i>	22	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	35
<i>np thyroid 30</i>	23	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	35
<i>np thyroid 60</i>	23	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	35
<i>np thyroid 90</i>	23	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	35
NUBEQA	48	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	35
NUCALA	32	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	35
NUEDEXTA	11	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	35
NUPLAZID	55	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	35
NUTRILIPID	35	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	35
<i>nyamyc</i>	48	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	35
<i>nylia 1/35</i>	20	<i>ondansetron hcl</i>	46
<i>nylia 7/7/7</i>	20	<i>ondansetron hydrochloride</i>	47
<i>nymyo</i>	20	<i>ondansetron odt</i>	47
<i>nystatin</i>	48	ONPATTRO	65
<i>nystatin/triamcinolone</i>	12	ONUREG	49
<i>nystatin/triamcinolone acetoneide</i>	12	OPIPZA	56
<i>nystop</i>	48	OPSUMIT	33
<i>octreotide acetate</i>	23	OPVEE	31
ODEFSEY	59	<i>oralone dental paste</i>	12
ODOMZO	52	ORENCIA	24
OFEV	32	ORENCIA	27
<i>ofloxacin</i>	30	ORENCIA CLICKJECT	24
<i>ofloxacin</i>	36	ORENITRAM	33
OGSIVEO	49	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	33
OJEMDA	49	1	
OJJAARA	52	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	33
<i>olanzapine</i>	55	2	
<i>olanzapine odt</i>	55	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	33
<i>olmesartan medoxomil</i>	5	3	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	4	ORGOVYX	23
<i>olopatadine hydrochloride</i>	29	ORKAMBI	32

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>orphenadrine citrate er</i>	65	<i>perampanel</i>	44
<i>orquidea</i>	22	<i>perindopril erbumine</i>	7
ORSERDU	49	<i>periogard</i>	12
<i>orsythia</i>	20	<i>permethrin</i>	14
<i>oseltamivir phosphate</i>	57	<i>perphenazine</i>	54
OSMOLEX ER	2	PERSERIS	56
OSPHENA	17	<i>phenadoz</i>	47
OTEZLA	12	<i>phenelzine sulfate</i>	45
OTEZLA	24	<i>phenobarbital</i>	42
<i>oxacillin sodium</i>	41	PHENYTEK	43
<i>oxaprozin</i>	38	<i>phenytoin</i>	43
<i>oxcarbazepine</i>	43	<i>phenytoin infatabs</i>	43
<i>oxybutynin chloride</i>	16	<i>phenytoin sodium extended</i>	43
<i>oxybutynin chloride er</i>	16	PHESGO	49
<i>oxycodone hydrochloride</i>	37	<i>philith</i>	20
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	37	PHYRAGO	52
OZEMPIC	63	PIFELTRO	59
PACERONE	5	<i>pilocarpine hcl</i>	29
<i>paliperidone er</i>	56	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	12
PANRETIN	54	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	29
<i>pantoprazole sodium</i>	16	<i>pimecrolimus</i>	14
<i>paricalcitol</i>	8	<i>pimozide</i>	54
<i>paroex</i>	12	<i>pimtrea</i>	20
<i>paromomycin sulfate</i>	39	<i>pindolol</i>	3
<i>paroxetine hcl</i>	46	<i>pioglitazone hcl</i>	63
<i>paroxetine hydrochloride</i>	46	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	63
PASER	47	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	63
PAXLOVID	59	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	41
<i>pazopanib hydrochloride</i>	52	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	52
PEDIARIX	28	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	52
PEDVAX HIB	28	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	52
<i>peg 3350/electrolytes</i>	15	<i>pirfenidone</i>	32
<i>peg-3350/electrolytes</i>	15	<i>pirmella 1/35</i>	20
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	15	<i>pirmella 7/7/7</i>	20
PEGASYS	25	<i>piroxicam</i>	38
PEGASYS	27	<i>pitavastatin calcium</i>	6
<i>pegylax</i>	15	PLENAMINE	61
PEMAZYRE	52	<i>podofilox</i>	12
PENBRAYA	28	<i>polycin</i>	30
<i>penicillamine</i>	60	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	30
<i>penicillin g sodium</i>	41	POMALYST	48
<i>penicillin v potassium</i>	41	<i>portia-28</i>	20
PENMENVY	28	<i>posaconazole</i>	48
PENTACEL	28	<i>posaconazole dr</i>	48
<i>pentamidine isethionate</i>	54	<i>potassium chloride</i>	61
<i>pentoxifylline er</i>	4	<i>potassium chloride er</i>	61

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>potassium chloride sr</i>	61	<i>propafenone hcl</i>	5
<i>potassium citrate er</i>	61	<i>propafenone hydrochloride</i>	5
PRALUENT	6	<i>propafenone hydrochloride er</i>	5
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	<i>propranolol hcl</i>	3
<i>prasugrel hydrochloride</i>	62	<i>propranolol hydrochloride</i>	3
<i>pravastatin sodium</i>	6	<i>propranolol hydrochloride er</i>	3
<i>praziquantel</i>	54	<i>propylthiouracil</i>	23
<i>prazosin hydrochloride</i>	3	PROQUAD	28
<i>prednisolone</i>	22	<i>protriptyline hcl</i>	45
<i>prednisolone acetate</i>	31	<i>prucalopride</i>	15
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	22	PULMOZYME	32
<i>prednisone</i>	22	PURIXAN	49
<i>pregabalin</i>	42	<i>pyrazinamide</i>	47
PREHEVBRIO	28	<i>pyridostigmine bromide</i>	2
PREMARIN	20	<i>pyrimethamine</i>	54
<i>premium lidocaine</i>	38	PYRUKYND	65
PREMPHASE	20	PYRUKYND TAPER PACK	65
PREMPRO	20	QINLOCK	52
<i>prenatal</i>	61	QUADRACEL	28
<i>prevalite</i>	6	<i>quetiapine fumarate</i>	56
<i>previfem</i>	20	<i>quetiapine fumarate er</i>	56
PREVYMIS	57	<i>quinapril hydrochloride</i>	7
PREZCOBIX	56	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	4
PREZISTA	57	<i>quinidine sulfate</i>	5
PRIFTIN	47	<i>quinine sulfate</i>	54
<i>primaquine phosphate</i>	54	QULIPTA	2
<i>primidone</i>	43	QVAR REDIHALER	33
PRIORIX	28	RABAVERT	28
PRIVIGEN	25	<i>rabeprazole sodium</i>	16
PROAIR RESPICLICK	34	RALDESY	46
<i>probenecid</i>	7	<i>raloxifene hydrochloride</i>	17
<i>probenecid/colchicine</i>	7	<i>ramelteon</i>	11
<i>prochlorperazine</i>	47	<i>ramipril</i>	7
<i>prochlorperazine maleate</i>	47	<i>ranolazine er</i>	4
PROCRT	62	<i>rasagiline mesylate</i>	2
<i>procto-med hc</i>	8	RAYALDEE	8
<i>proctosol hc</i>	8	REBIF	9
<i>proctozone-hc</i>	8	REBIF REBIDOSE	9
<i>progesterone</i>	22	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	9
PROGRAF	27	REBIF TITRATION PACK	9
PROLASTIN-C	65	RECOMBIVAX HB	28
PROMACTA	62	RELENZA DISKHALER	57
<i>promethazine hcl</i>	47	RELISTOR	15
<i>promethazine hydrochloride</i>	47	RENFLEXIS	27
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	47	RENTHYROID	23
<i>promethegan</i>	47	<i>repaglinide</i>	63

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
REPATHA	6	ROZLYTREK	52
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	6	RUBRACA	52
REPATHA SURECLICK	6	<i>rufinamide</i>	43
RESTASIS	30	RUKOBIA	57
RESTASIS MULTIDOSE	30	RYBELSUS	63
RETACRIT	62	RYDAPT	52
RETEVMO	52	RYTARY	2
REVCovi	66	<i>sacubitril/valsartan</i>	4
REVLIMID	48	<i>sajazir</i>	25
REVUFORJ	49	SANDIMMUNE	27
REXULTI	56	SANTYL	12
REYATAZ	57	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	66
REZLIDHIA	52	SAVELLA	9
REZUROCK	27	SAVELLA TITRATION PACK	9
RHOPRESSA	29	SCSEMBLIX	52
<i>ribavirin</i>	57	<i>scopolamine</i>	47
<i>rifabutin</i>	47	SECUADO	56
<i>rifampin</i>	47	<i>selegiline hcl</i>	2
<i>riluzole</i>	11	<i>selenium sulfide</i>	14
RINVOQ	24	SELZENTRY	57
RINVOQ LQ	24	SEREVENT DISKUS	34
<i>risedronate sodium</i>	8	<i>sertraline hcl</i>	46
<i>risperidone</i>	56	<i>sertraline hydrochloride</i>	46
<i>risperidone er</i>	56	<i>setlakin</i>	20
<i>risperidone odt</i>	56	<i>sevelamer carbonate</i>	60
<i>ritonavir</i>	57	SFROWASA	7
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	<i>sharobel</i>	22
<i>rivastigmine transdermal system</i>	1	SHINGRIX	28
<i>rivelsa</i>	20	SIGNIFOR	23
RIVFLOZA	35	<i>sildenafil citrate</i>	33
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	<i>silodosin</i>	16
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1	<i>silver sulfadiazine</i>	12
ROCKLATAN	30	SIMBRINZA	30
<i>roflumilast</i>	35	<i>simliya</i>	20
ROLVEDON	62	<i>simpanse</i>	20
ROMVIMZA	52	<i>simvastatin</i>	6
<i>ropinirole er</i>	2	<i>sirolimus</i>	27
<i>ropinirole hcl</i>	2	SIRTURO	47
<i>ropinirole hydrochloride</i>	2	SKYCLARYS	36
<i>rosadan</i>	13	SKYRIZI	24
<i>rosuvastatin calcium</i>	6	SKYRIZI PEN	24
<i>rosyrah</i>	20	<i>sodium chloride</i>	61
ROTARIX	28	<i>sodium chloride 0.45%</i>	61
ROTATEQ	28	<i>sodium chloride 0.9%</i>	36
<i>roweepra</i>	44	<i>sodium oxybate</i>	11
<i>roweepra xr</i>	44	<i>sodium phenylbutyrate</i>	66

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	60
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	15
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	58
<i>solifenacin succinate</i>	16
SOLQUA 100/33	63
SOLTAMOX	49
SOMAVERT	23
<i>sorafenib</i>	53
<i>sorafenib tosylate</i>	53
<i>sorine</i>	5
<i>sotalol hcl</i>	5
<i>sotalol hydrochloride</i>	5
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	5
SOTYKTU	12
SPEVIGO	14
SPIRIVA RESPIMAT	34
<i>spironolactone</i>	5
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	4
SPRAVATO 56MG DOSE	45
SPRAVATO 84MG DOSE	45
<i>sprintec 28</i>	21
SPRITAM	44
SPRYCEL	53
SPS	60
<i>sronyx</i>	21
<i>ssd</i>	12
STAMARIL	28
<i>stavudine</i>	59
STEQUEYMA	24
STIOLTO RESPIMAT	32
STIVARGA	53
<i>streptomycin sulfate</i>	39
STRIBILD	58
<i>subvenite</i>	44
<i>subvenite starter kit/blue</i>	44
<i>subvenite starter kit/green</i>	44
<i>subvenite starter kit/orange</i>	44
SUCRAID	66
<i>sucrafate</i>	16
<i>sulfacetamide sodium</i>	30
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	30
<i>sulfadiazine</i>	41
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	42
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	41

Nombre del medicamento	Página
<i>sulfasalazine</i>	8
<i>sulindac</i>	38
<i>sumatriptan</i>	1
<i>sumatriptan succinate</i>	1
<i>sunitinib malate</i>	53
SUNLENCA	57
SUTAB	15
SYMPAZAN	43
SYMTUZA	57
SYNJARDY	64
SYNJARDY XR	64
SYNRIBO	49
SYNTHROID	23
TABLOID	49
TABRECTA	53
<i>tacrolimus</i>	14
<i>tacrolimus</i>	27
<i>tadalafil</i>	16
<i>tadalafil</i>	33
TAFINLAR	53
TAGRISSE	53
TALZENNA	53
<i>tamoxifen citrate</i>	49
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	16
<i>tarina fe 1/20</i>	21
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	21
TASIGNA	53
TAVNEOS	24
<i>tazarotene</i>	13
TAZICEF	40
<i>taztia xt</i>	3
TAZVERIK	53
TDVAX	28
TEFLARO	40
TEGSEDI	66
<i>telmisartan</i>	5
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>temazepam</i>	11
TEMIXYS	59
TENIVAC	28
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	59
TEPMETKO	53
<i>terazosin hcl</i>	16
<i>terazosin hydrochloride</i>	16
<i>terbinafine hcl</i>	48
<i>terconazole</i>	48

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>teriparatide</i>	8	<i>tramadol hydrochloride</i>	37
<i>testosterone</i>	17	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	37
<i>testosterone cypionate</i>	17	<i>trandolapril</i>	7
<i>testosterone enanthate</i>	17	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	4
<i>testosterone pump</i>	17	<i>tranexamic acid</i>	61
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	28	<i>tranylcypromine sulfate</i>	45
<i>tetrabenazine</i>	11	<i>trazodone hydrochloride</i>	46
<i>tetracycline hydrochloride</i>	42	TRECATOR	47
TEVIMBRA	49	TRELEGY ELLIPTA	32
THALOMID	48	TRELSTAR MIXJECT	23
<i>theophylline er</i>	35	TRESIBA	65
<i>thioridazine hydrochloride</i>	54	TRESIBA FLEXTOUCH	65
<i>thiothixene</i>	54	<i>tretinoin</i>	13
THYROID	23	<i>tretinoin</i>	54
<i>tiadylt er</i>	3	<i>tri femynor</i>	21
<i>tiagabine hydrochloride</i>	43	<i>triamcinolone acetanide</i>	14
TIBSOVO	53	<i>triamcinolone acetanide</i>	22
TICOVAC	28	<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	12
<i>tigecycline</i>	39	<i>triamterene</i>	6
<i>timolol maleate</i>	2	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>timolol maleate</i>	29	<i>triderm</i>	14
<i>tinidazole</i>	39	<i>trientine hydrochloride</i>	60
<i>tiotropium bromide</i>	34	<i>tri-estarylla</i>	21
TIVICAY	58	<i>trifluoperazine hcl</i>	54
TIVICAY PD	58	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	54
<i>tizanidine hcl</i>	1	<i>trifluridine</i>	30
<i>tizanidine hydrochloride</i>	1	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2
TOBI PODHALER	32	TRIJARDY XR	64
TOBRADEX	30	TRIKAFTA	32
TOBRADEX ST	30	<i>tri-linyah</i>	21
<i>tobramycin</i>	30	<i>trilyte</i>	15
<i>tobramycin</i>	32	<i>trimethoprim</i>	39
<i>tobramycin sulfate</i>	39	<i>tri-mili</i>	21
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	30	<i>trimipramine maleate</i>	45
<i>tolterodine tartrate</i>	16	<i>trinessa</i>	21
<i>tolterodine tartrate er</i>	17	TRINTELLIX	46
<i>topiramate</i>	44	<i>tri-nymyo</i>	21
<i>topotecan hcl</i>	50	<i>tri-previfem</i>	21
<i>topotecan hydrochloride</i>	50	<i>tri-sprintec</i>	21
<i>toremifene citrate</i>	49	TRIUMEQ	59
<i>torpenz</i>	53	TRIUMEQ PD	59
<i>torsemide</i>	6	<i>trivora-28</i>	21
TOUJEO MAX SOLOSTAR	65	<i>tri-vylibra</i>	21
TOUJEO SOLOSTAR	65	TRIZIVIR	59
TRADJENTA	64	<i>tropium chloride</i>	17
		<i>tropium chloride er</i>	17

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TRULICITY	64	VENCLEXTA	53
TRUMENBA	28	VENCLEXTA STARTING PACK	53
TRUQAP	53	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	46
TRUSELTIQ	49	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	46
TRYNGOLZA	6	VENTAVIS	33
TUKYSA	53	VEOPOZ	24
<i>tulana</i>	22	VEOZAH	11
TURALIO	53	<i>verapamil hcl</i>	4
<i>turqoz</i>	21	<i>verapamil hcl er</i>	3
TWINRIX	29	<i>verapamil hcl sr</i>	3
TYBOST	57	<i>verapamil hydrochloride</i>	4
TYMLOS	8	<i>verapamil hydrochloride er</i>	4
TYPHIM VI	29	<i>verapamil hydrochloride sr</i>	4
TYRVAYA	31	VERQUVO	7
UBRELVY	2	VERSACLOZ	55
UDENYCA	62	VERZENIO	53
UDENYCA ONBODY	62	V-GO 20	36
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	36	V-GO 30	36
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	36	V-GO 40	36
UNITHROID	23	<i>vicodin hp</i>	37
<i>urea</i>	12	<i>vienva</i>	21
<i>ursodiol</i>	15	<i>vigabatrin</i>	43
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	58	<i>vigadrone</i>	43
VALCHLOR	48	VIGAFYDE	43
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	57	<i>vigpoder</i>	43
<i>valganciclovir hydrochloride solution</i>	57	<i>vilazodone hydrochloride</i>	46
<i>50mg/ml</i>		VIMKUNYA	29
<i>valproic acid</i>	44	<i>viorele</i>	21
<i>valsartan</i>	5	VIRACEPT	57
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	4	VIREAD	59
VALTOCO 10 MG DOSE	43	VISTOGARD	36
VALTOCO 15 MG DOSE	43	VITRAKVI	53
VALTOCO 20 MG DOSE	43	VIVITROL	31
VALTOCO 5 MG DOSE	43	VIVOTIF	29
<i>valtya 1/50</i>	21	VIZIMPRO	53
<i>vancomycin hcl</i>	39	VOCABRIA	58
<i>vancomycin hydrochloride</i>	39	<i>volnea</i>	21
VANFLYTA	53	VONJO	49
VAQTA	29	VORANIGO	50
<i>varenicline starting month</i>	31	<i>voriconazole</i>	48
<i>varenicline tartrate</i>	31	VOSEVI	58
VARIVAX	29	VOWST	15
VAXCHORA	29	VRAYLAR	56
VAXELIS	29	VUMERITY	9
VELPHORO	60	<i>vyfemla</i>	21
VELTASSA	60	VYJUVEK	58

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>vylibra</i>	21	ZEPOSIA	9
VYNDAMAX	4	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	9
VYVGART HYTRULO	2	ZEPOSIA STARTER KIT	9
VYVGART HYTRULO	25	<i>zidovudine</i>	59
VYZULTA	31	<i>ziprasidone hcl</i>	56
<i>warfarin sodium</i>	62	<i>ziprasidone mesylate</i>	56
WELIREG	66	ZIRGAN	30
<i>wera</i>	21	ZOKINVY	36
WEZLANA	25	ZOLINZA	49
<i>wixela inhub</i>	32	<i>zolmitriptan</i>	1
WYOST	8	<i>zolpidem tartrate</i>	12
XALKORI	53	<i>zolpidem tartrate er</i>	11
XARELTO	62	ZONISADE	43
XARELTO STARTER PACK	62	<i>zonisamide</i>	43
XATMEP	27	<i>zovia 1/35</i>	21
XCOPRI	43	<i>zovia 1/35e</i>	21
XDEMVI	30	ZTALMY	43
XELJANZ	25	ZURZUVAE	45
XELJANZ XR	25	ZYDELIG	53
XERMELO	14	ZYKADIA	53
XIFAXAN	15	ZYLET	30
XIGDUO XR	64	ZYPREXA RELPREVV	56
XIIDRA	30		
XOFLUZA	57		
XOLAIR	25		
XOLREMDI	62		
XOSPATA	53		
XPOVIO	53		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	53		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	53		
XTAMPZA ER	36		
XTANDI	49		
<i>xulane</i>	21		
<i>yargesa</i>	66		
YF-VAX	29		
YUPELRI	34		
<i>yuvafem</i>	21		
<i>zafemy</i>	21		
<i>zafirlukast</i>	34		
<i>zaleplon</i>	11		
ZARXIO	63		
ZEJULA	53		
ZELBORAF	53		
ZELVYSIA	66		
<i>zenatane</i>	13		
ZENPEP	66		

ID de formulario: 25387, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2025

Ultima actualización: 10/01/2025

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-446-8331. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-446-8331. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-446-8331。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-446-8331。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-446-8331. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-446-8331 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-446-8331. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

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

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-446-8331. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-446-8331. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-446-8331 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-446-8331. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-446-8331. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-446-8331. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、
1-800-446-8331 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo: T'áá hait'éego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'niłí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hólq. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjii' 1-800-446-8331 nihich'í' hodiłnihi. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Este formulario se actualizó el 10/27/2025.

Si tiene alguna pregunta o quiere obtener más información, comuníquese con el Servicio al Cliente de AZ Blue al:



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



o bien, visite azblue.com/medicare



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association