

2026 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: 26225, versión 9

Este formulario se actualizó el 01/02/2026. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de **Servicios al Cliente** 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, del 1 de abril al 30 de septiembre; y los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, o visite [azblue.com/medicare](https://www.azblue.com/medicare).

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” refieren a AZ Blue. Las palabras “plan” o “nuestro plan” se refieren a AZ Blue.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan, que entra en vigencia el 2 de enero de 2026. 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 y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2026 y, ocasionalmente, durante el año.

Introducción

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

En este documento, usamos 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 afectarle 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 nuestro formulario si lo reemplazamos por una nueva versión de ese medicamento 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 moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.
 - Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, un producto biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).
 - Si actualmente está tomando el medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero en otro momento le enviaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

- ° Si hacemos algún cambio de este tipo, usted o el profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca que sufrirá una modificación. Para obtener más información, consulte la sección a continuación llamada “¿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 “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se debe retirar por motivo de seguridad o eficacia, podemos eliminar de inmediato el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que estén tomando un medicamento actualmente. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el formulario, agregar un nuevo producto biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en el formulario, agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambas cosas, después de agregar el medicamento correspondiente. O bien, 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. De otro modo, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

- ° Si hacemos algún cambio de este tipo, usted o el profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos una excepción y 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 le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no terminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, 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 entra en vigencia el 2 de enero de 2026. 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 en el formulario que no sean de mantenimiento 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 75. 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. En general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos en general se pueden sustituir por el medicamento 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. En general, los productos biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos

productos biosimilares son productos biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamentos de marca.

- Para analizar los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura, “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 su profesional que receta obtengan 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.
- **Límites de cantidad (QL):** Para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad de medicamento que cubre. 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 al formulario de AZ Blue?” en la página v 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 solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, el tratamiento escalonado o un límite en la cantidad de 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 especiales. Si se aprueba, bajaría el costo que usted debe pagar por su medicamento.

Por lo general, AZ Blue solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o el profesional que receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, que incluye una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, el profesional que le receta medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita 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 considera, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos comunicarle la decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo del profesional que receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna 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 el profesional que receta sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos, o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan la forma de proceder, podríamos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 108 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que le entreguen resurtidos hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento. Si no se aprueba la cobertura, 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 no incluido en el formulario y experimenta un cambio en el nivel de atención, como cuando le dan de alta de un hospital o centro de enfermería especializada, puede solicitarnos que cubramos un suministro temporal de su 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 alguna pregunta sobre AZ Blue, póngase en contacto 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>.

Formulario de Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue)

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 75.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (por ejemplo, TRULICITY) y los medicamentos genéricos se indican en minúscula y cursiva (por ejemplo, *dulaglutide*).

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

Las abreviaturas que puede ver en la lista de medicamentos incluyen:

- B/D:** Este medicamento recetado tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que sea necesario presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.
- EA:** Cada uno/a.
- ED:** Normalmente, este medicamento recetado no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta de 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 en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
- MO:** Medicamento de pedido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de un servicio de pedido por correo.
- NDS:** Suministro no extendido de días. Este medicamento recetado no está disponible para un suministro extendido de días.
- 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 recetado requiere autorización previa solo para los miembros que comienzan el tratamiento y no se aplica a los miembros que ya lo usan.
- QL:** Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, AZ Blue limita la cantidad de medicamento que cubre. Por ejemplo, AZ Blue proporciona 30 tabletas por receta para Januvia. Esto puede ser complementario a un suministro estándar de un mes o 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 recetados de la Parte D

Hay tres etapas de pago de medicamentos: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

A partir de 2025, se creó una nueva opción de plan de pago para ayudar a los beneficiarios de Medicare a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos de la Parte D, llamada Plan de pago para medicamentos recetados de Medicare. Está disponible para cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos. La participación en el programa es voluntaria. Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. En el marco del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

ETAPA 1: Etapa del deducible anual

Los planes Medicare Advantage de AZ Blue no tienen deducible para los Niveles 1, 2 y 6. Hay un deducible de \$385 para los Niveles 3, 4 y 5.

ETAPA 2: Etapa de cobertura inicial

Cada vez que surta 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 \$2,100, 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 por la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

Tablas de beneficios de medicamentos recetados de AZ Blue

Cada medicamento que cubre su plan se agrupa en uno de seis (6) niveles. En general, mientras más bajo sea el nivel, menor será el costo del medicamento. La siguiente tabla muestra cómo se agrupan los medicamentos.

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

El costo de los medicamentos en cada nivel depende del plan de AZ Blue en el que se encuentre. En la página siguiente, hay tablas diseñadas para ayudarle a entender lo que pagará por sus medicamentos. Busque la tabla de su plan y, en la última fila de cada tabla, verá cuál será su copago (un monto en dólares) o coseguro (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 por un suministro de medicamentos para 90 días (un suministro para 100 días para medicamentos en los Niveles 1 y 2) cuando se solicita en nuestra farmacia de pedido 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)

Prima mensual de \$0



Etapa del deducible anual	Etapa de cobertura inicial Hasta \$2,100 para medicamentos cubiertos, según el total de gastos de bolsillo del miembro		Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Esta etapa comienza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los \$2,100
	Suministro para 30 días (venta minorista o pedido por correo)	Suministro para 90 a 100 días (venta minorista o pedido por correo)	
No hay deducible para los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6. Hay un deducible de \$385 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Genéricos \$0 Medicamentos de marca \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro para 100 días)	
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	\$141 Usted paga \$105 (suministro para 90 días) por cada producto de insulina cubierto en este nivel.	
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	\$300 Usted paga \$105 (suministro para 90 días) por cada producto de insulina cubierto en este nivel.	
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	28% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	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)

Prima mensual de \$44



Etapa del deducible anual	Etapa de cobertura inicial Hasta \$2,100 para medicamentos cubiertos, según el total de gastos de bolsillo del miembro		Etapa de cobertura en situaciones catastróficas Esta etapa comienza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos alcanzan los \$2,100
	Suministro para 30 días (venta minorista o pedido por correo)	Suministro para 90 a 100 días (venta minorista o pedido por correo)	
No hay deducible para los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6. Hay un deducible de \$385 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Genéricos \$0 Medicamentos de marca \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro para 100 días)	
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	\$141 Usted paga \$105 (suministro para 90 días) por cada producto de insulina cubierto en este nivel.	
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	\$300 Usted paga \$105 (suministro para 90 días) por cada producto de insulina cubierto en este nivel.	
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	28% Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	No se ofrece	
Nivel 6: Medicamentos de atención especializada	\$0	\$0	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>ergoloid mesylates tablet 1mg</i>	4	
<i>memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tablet 0</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 14mg, 21mg, 28mg, 7mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg</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 capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution 4mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>tizanidine hcl tablet 2mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride tablet 4mg</i>	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl tablet 1mg, 2.5mg</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026
Ultima actualización: 01/02/2026

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
<i>dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/cafeine tablet 100mg; 1mg</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
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 TABLET 10MG, 30MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY TABLET 100MG, 50MG	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	2	
VYVGART HYTRULO INJECTION 180MG/ML; 2000UNIT/ML	5	PA
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone tablet 200mg</i>	3	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule 5mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate tablet 2.5mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride tablet 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	2	
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg</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 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tablet 2mg, 5mg</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	
<i>selegiline hcl capsule 5mg</i>	3	
<i>selegiline hcl tablet 5mg</i>	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa er tablet extended release 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	4	
INBRIJA CAPSULE 42MG	5	PA
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75MG; 95MG, 36.25MG; 145MG, 48.75MG; 195MG, 61.25MG; 245MG	4	ST
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
<i>prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</i>		
<i>acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg</i>	2	
<i>atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg</i>	3	
<i>bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>pindolol tablet 10mg, 5mg</i>	3	
<i>propranolol hcl tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas</i>		
<i>amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>isradipine capsule 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>nimodipine capsule 30mg</i>	4	
<i>Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas</i>		
<i>cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	
<i>dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd capsule extended release 24 hour 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 12 hour 120mg, 60mg, 90mg</i>	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<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 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</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 tablet extended release 24 hour 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>taztia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>tiadylt er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</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 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</i>	3	
<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 tablet 150mg, 300mg</i>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tablet 5mg; 50mg</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride capsule 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate/valsartan tablet 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	6	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tablet 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone tablet 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	6	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>captopril/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg, 50mg; 25mg</i>	6	
EDARBYCLOR TABLET 40MG; 12.5MG, 40MG; 25MG	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	6	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	6	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tablet 37.5mg; 20mg</i>	4	
<i>ivabradine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg</i>	6	
<i>metyrosine capsule 250mg</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	6	
<i>pentoxifylline er tablet extended release 400mg</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6	
<i>ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000mg, 500mg</i>	3	
<i>sacubitril/valsartan tablet 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 25mg</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	6	
<i>trandolapril/verapamil hcl er tablet extended release 1mg; 240mg, 2mg; 180mg, 2mg; 240mg, 4mg; 240mg</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	6	
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tablet 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine patch weekly 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	4	
<i>droxidopa capsule 100mg</i>	4	PA
<i>droxidopa capsule 200mg, 300mg</i>	5	PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 tablet 1mg, 2mg</i>	4	
METHYLDOPA TABLET 250MG, 500MG	4	
<i>midodrine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	6	
EDARBI TABLET 40MG, 80MG	4	
<i>irbesartan tablet 150mg, 300mg, 75mg</i>	6	
<i>losartan potassium tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>telmisartan tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>valsartan tablet 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tablet 25mg, 50mg</i>	3	
KERENDIA TABLET 10MG, 20MG, 40MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digoxin solution 0.05mg/ml</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>digox tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ TABLET 400MG	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er capsule extended release 12 hour 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet 200mg, 300mg</i>	4	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af) tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibrico		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg</i>	4	
<i>fluvastatin capsule 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	4	
<i>pravastatin sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light packet 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine light powder 4gm/dose</i>	4	
<i>cholestyramine packet 4gm</i>	3	
<i>cholestyramine powder 4gm/dose</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet 625mg</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride granules 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride packet 5gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tablet 1gm</i>	3	
<i>ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	6	
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm</i>	4	
NEXLETOL TABLET 180MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm</i>	3	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite packet 4gm</i>	4	
<i>prevalite powder 4gm/dose</i>	4	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJECTION 420MG/3.5ML	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>triamterene capsule 100mg, 50mg</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection 0.25mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>furosemide injection 10mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin propanediol tablet 10mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	3	QL(30 EA por 30 días)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg</i>	2	
NITRO-BID OINTMENT 2%	4	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tablet 100mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol tablet 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tablet 0.6mg</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>febuxostat tablet 40mg, 80mg</i>	4	
<i>probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg</i>	2	
<i>probenecid tablet 500mg</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium capsule 750mg</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375gm</i>	4	
<i>mesalamine er capsule extended release 500mg</i>	4	
<i>mesalamine enema 4gm</i>	4	
<i>mesalamine kit 4gm</i>	5	
<i>mesalamine suppository 1000mg</i>	4	
SFROWASA ENEMA 4GM/60ML	5	
<i>sulfasalazine tablet delayed release 500mg</i>	2	
<i>sulfasalazine tablet 500mg</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er tablet extended release 24 hour 9mg</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc cream 2.5%</i>	2	
<i>proctosol hc cream 2.5%</i>	2	
<i>proctozone-hc cream 2.5%</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
BONSITY INJECTION 560MCG/2.24ML	5	PA
<i>calcitonin-salmon solution 200unit/act</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
FORTEO INJECTION 560MCG/2.24ML	5	PA
<i>ibandronate sodium tablet 150mg</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI INJECTION 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 días)
<i>paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	3	
RAYALDEE CAPSULE EXTENDED RELEASE 30MCG	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 injection 560mcg/2.24ml</i>	5	PA
TYMLOS INJECTION 3120MCG/1.56ML	5	PA
WYOST INJECTION 120MG/1.7ML	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AVONEX PEN INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
BETASERON INJECTION 0.3MG	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack capsule delayed release therapy pack 0</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA INJECTION 20MG/0.4ML	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; (7 tablet Starter Pack)
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA; (12 tablet Starter Pack)
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 REBIDOSE TITRATION PACK INJECTION 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF REBIDOSE INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF TITRATION PACK INJECTION 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	3	QL(110 EA por 365 días)
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	3	QL(60 EA por 30 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

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</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)
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</i>		
<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>dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</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)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (12mg & 18mg & 24mg & 30mg Pack)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA; (6mg & 12mg & 24mg Pack)
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG, 18MG, 24MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
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 THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 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 CAPSULE 20MG; 10MG	5	PA
<i>riluzole tablet 50mg</i>	4	
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg</i>	4	PA
<i>tetrabenazine tablet 25mg</i>	5	PA
VEOZAH TABLET 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<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 100mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium oxybate solution 500mg/ml</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone tablet 1mg, 2mg, 3mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon tablet 8mg</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 tablet extended release 12.5mg, 6.25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate solution 0.12%</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq paste 0.1%</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solution 2%</i>	2	
<i>lidocaine viscous solution 2%</i>	2	
<i>oralone dental paste paste 0.1%</i>	3	
<i>periogard solution 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetate dental paste paste 0.1%</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene ointment 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene solution 0.005%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	4	
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution 2%, 5%</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone acetate ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution 0.5%</i>	3	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	4	
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	2	
<i>ssd cream 1%</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE CAPSULE 10MG, 20MG, 30MG, 40MG	4	
<i>acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	
<i>adapalene/benzoyl peroxide gel 0.1%; 2.5%</i>	3	
<i>amnesteem capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 5%; 1.2%</i>	2	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%</i>	4	
FINACEA FOAM 15%	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<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 capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
<i>ala-cort cream 1%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate ointment 0.05%</i>	2	
<i>ammonium lactate cream 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotion 12%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate cream 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate cream 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate lotion 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate ointment 0.1%</i>	2	
<i>clobetasol propionate e cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate foam 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	3	
<i>clobetasol propionate ointment 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate shampoo 0.05%</i>	4	
<i>clobetasol propionate solution 0.05%</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>desonide cream 0.05%</i>	3	
<i>desonide ointment 0.05%</i>	2	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 OINTMENT 2%	4	PA
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp oil 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical oil 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide ointment 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide solution 0.01%</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide ointment 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution 0.05%</i>	2	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 0.05%</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment 0.05%</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
<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 cream 1%</i>	4	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</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>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.5%</i>	2	
<i>triderm cream 0.5%</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution 8%</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer solution 8%</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>ciclopirox shampoo 1%</i>	3	
<i>ciclopirox suspension 0.77%</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 pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin cream 2%</i>	3	
<i>mupirocin ointment 2%</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>Pediculicidas/escabidas</i>		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	4	
<i>permethrin cream 5%</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tablet 0.025mg; 2.5mg</i>	3	
<i>loperamide hydrochloride capsule 2mg</i>	2	
XERMELO TABLET 250MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>enulose solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>generlac solution 10gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>prucalopride tablet 1mg, 2mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
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
RELISTOR TABLET 150MG	5	QL(90 EA por 30 días); ST
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
CTEXLI TABLET 250MG	5	PA
<i>gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	2	
<i>gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-n/ flavor pack solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</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 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	3	
SUTAB TABLET 225MG; 188MG; 1479MG	3	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet 250mg, 500mg</i>	3	
VOQUEZNA TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
<i>Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)</i>		
<i>famotidine suspension reconstituted 40mg/5ml</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 150mg, 300mg</i>	4	
<i>Antiespasmódicos, gastrointestinal</i>		
<i>dicyclomine hcl solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule 10mg</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
<i>Inhibidores de la bomba de protones</i>		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol tablet 100mcg, 200mcg</i>	3	
<i>sucralfate suspension 1gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate tablet 1gm</i>	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg</i>	2	
<i>doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i>	2	
<i>finasteride tablet 5mg</i>	1	
<i>silodosin capsule 4mg, 8mg</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg</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% solution 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	2	
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
Antiespasmódicos, urinario		
<i>fesoterodine fumarate er tablet extended release 24 hour 4mg, 8mg</i>	4	
GELNIQUE GEL 10%	4	
GEMTESA TABLET 75MG	4	
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	3	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	3	
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>tolterodine tartrate er capsule extended release 24 hour 2mg, 4mg</i>	3	
<i>tolterodine tartrate tablet 1mg, 2mg</i>	3	
<i>tropium chloride er capsule extended release 24 hour 60mg</i>	4	
<i>tropium chloride tablet 20mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate solution 0.01%</i>	4	
<i>desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg</i>	3	
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
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	5	PA
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	5	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)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA TABLET 60MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride tablet 60mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection 200mg/ml</i>	3	PA
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3	PA
<i>testosterone pump gel 1%</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
Estrógenos		
<i>abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg</i>	4	
<i>abigale tablet 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>afirmelle tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>altavera tablet 30mcg; 0.15mg</i>	3	
<i>alyacen 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>amethia tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>ashlyna tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>aurovela 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>aviane tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ayuna tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>azurette tablet 0; 0</i>	3	
<i>balziva tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>brielllyn tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>camrese lo tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal eq tablet 30mcg; 0.15mg</i>	3	
CLIMARA PRO PATCH WEEKLY 0.045MG/DAY; 0.015MG/DAY	4	
<i>cryselle-28 tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>dasetta 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>daysee tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale tablet 20mcg; 90mcg</i>	3	
DOTTI PATCH TWICE WEEKLY 0.025MG/24HR, 0.0375MG/24HR, 0.05MG/24HR, 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	4	
<i>elinest tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enpresse-28 tablet 0; 0</i>	3	
<i>estarylla tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>estradiol cream 0.1mg/gm</i>	2	
<i>estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10mcg</i>	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tablet 35mcg; 1mg, 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	3	
<i>falmina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>feirza 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>feirza 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
FYAVOLV TABLET 2.5MCG; 0.5MG, 5MCG; 1MG	4	
<i>hailey 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli tablet 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>jolessa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>kariva tablet 0; 0</i>	3	
<i>kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>kelnor 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>kurvelo tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>lessina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonest tablet 0; 0</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 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>lojaimiess tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>low-ogestrel tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>luteru tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>lyllana patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
MENEST TABLET 2.5MG	4	
<i>microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mili tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>mimvey tablet 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>mono-linyah tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</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 tablet 0; 0, 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>nylia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>philith tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>pimtrea tablet 0; 0</i>	3	
<i>portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	4	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	4	
PREMPRO TABLET 0.3MG; 1.5MG, 0.45MG; 1.5MG, 0.625MG; 2.5MG, 0.625MG; 5MG	4	
<i>rivelsa tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>rosyrah tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya tablet 0; 0</i>	3	
<i>simpesse tablet 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28 tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>sronyx tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>tri-estarylla tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-linyah tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-mili tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-nymyo tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-sprintec tablet 0; 0</i>	3	
<i>tri-vylibra tablet 0; 0</i>	3	
<i>trivora-28 tablet 0; 0</i>	3	
<i>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	3	
VALTYA 1/35 TABLET 35MCG; 1MG	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>vienva tablet 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>viorele tablet 0; 0</i>	3	
<i>volnea tablet 0; 0</i>	3	
<i>vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>vylibra tablet 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>wera tablet 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvaferm tablet 10mcg</i>	4	
<i>zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	4	
<i>zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	3	
Progestinas		
<i>camila tablet 0.35mg</i>	2	
<i>deblitane tablet 0.35mg</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh tablet 0.35mg</i>	2	
<i>errin tablet 0.35mg</i>	2	
<i>gallifrey tablet 5mg</i>	2	
<i>heather tablet 0.35mg</i>	2	
<i>incassia tablet 0.35mg</i>	2	
<i>jencycla tablet 0.35mg</i>	2	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	3	
<i>lyleq tablet 0.35mg</i>	2	
<i>lyza tablet 0.35mg</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>meleya tablet 0.35mg</i>	2	
NEXPLANON INJECTION 68MG	3	
<i>nora-be tablet 0.35mg</i>	2	
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	2	
<i>norethindrone tablet 0.35mg</i>	2	
<i>norlyroc tablet 0.35mg</i>	2	
<i>orquidea tablet 0.35mg</i>	2	
<i>progesterone capsule 100mg, 200mg</i>	2	
<i>sharobel tablet 0.35mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>cortisone acetate tablet 25mg</i>	5	
<i>dexamethasone elixir 0.5mg/5ml</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>dexamethasone solution 0.5mg/5ml</i>	2	
<i>dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate tablet 0.1mg</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg</i>	2	
<i>methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
ARMOUR THYROID TABLET 120MG, 15MG, 180MG, 240MG, 300MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
EUTHYROX TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
LEVO-T TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
<i>levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
LEVOXYL TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
<i>liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	2	
NIVA THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
<i>np thyroid 120 tablet 120mg</i>	4	
<i>np thyroid 15 tablet 15mg</i>	4	
<i>np thyroid 30 tablet 30mg</i>	4	
<i>np thyroid 60 tablet 60mg</i>	4	
<i>np thyroid 90 tablet 90mg</i>	4	
RENTHYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYNTHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	3	
THYROID TABLET 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
UNITHROID TABLET 100MCG, 112MCG, 125MCG, 137MCG, 150MCG, 175MCG, 200MCG, 25MCG, 300MCG, 50MCG, 75MCG, 88MCG	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antihiroides</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline tablet 0.5mg</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 injection 1mg/0.2ml</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJECTION 11.25MG, 15MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 30MG	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 TABLET 120MG	5	PA NSO
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	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 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 INJECTION 1080MG/20ML	5	PA
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	5	PA
ODACTRA TABLET SUBLINGUAL 0; 0	3	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	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 LQ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); 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
STELARA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQUEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 CAPSULE 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA
<i>ustekinumab injection 130mg/26ml</i>	5	QL(104 ML por 365 días); PA
<i>ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ INJECTION 400MG/2ML	5	PA
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 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR INJECTION 75MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INJECTION 500UNIT	5	PA
<i>icatibant acetate injection 30mg/3ml</i>	5	PA
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	5	PA NSO
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
GAMASTAN INJECTION 0	3	PA
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	5	PA
HYPERHEP B INJECTION 110UNIT/0.5ML	4	B/D
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml</i>	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM CROHNS/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM PSORIASIS/UEVITIS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ASTAGRAF XL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5MG, 1MG, 5MG	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified solution 100mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tablet 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>gengraf solution 100mg/ml</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 INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 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
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 INJECTION 100MG	5	PA
INFLIXIMAB INJECTION 100MG	5	PA
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	4	PA NSO
<i>leflunomide tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule 250mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil tablet 500mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	4	B/D
RENFLEXIS INJECTION 100MG	5	PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REZUROCK TABLET 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION 100MG/ML	4	B/D
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	4	B/D
<i>sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	4	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENGVAIXA INJECTION 0	3	
ENGRIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJECTION 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	3	
IPOL INACTIVATED IPV INJECTION 0	1	
IXIARO INJECTION 0	1	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	1	
MENACTRA INJECTION 0	1	
MENQUADFI INJECTION 0.5ML	1	
MENVEO INJECTION 0	1	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	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 INJECTION 0; 0	1	
PENMENVY INJECTION 0; 0	1	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	1	B/D
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	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
RABAERT INJECTION 0	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX SUSPENSION 0	3	
ROTATEQ SOLUTION 0	3	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
STAMARIL INJECTION 0	1	
TDVAX INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	1	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	1	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	1	
VAXELIS INJECTION 0; 0; 0; 0; 0; 0	3	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	1	
YF-VAX INJECTION 0	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	2	
<i>olopatadine hydrochloride solution 0.2%</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl solution 1%</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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 oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	3	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide suspension 1%</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride solution 2%</i>	2	
<i>methazolamide tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%</i>	3	
COMBIGAN SOLUTION 0.2%; 0.5%	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solution 22.3mg/ml; 6.8mg/ml</i>	2	
<i>neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%</i>	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	3	
RESTASIS EMULSION 0.05%	3	
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	4	
TOBRADEX OINTMENT 0.1%; 0.3%	4	
<i>tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%</i>	4	
XIIDRA SOLUTION 5%	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET SUSPENSION 0.5%; 0.3%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ointment 500unit/gm</i>	4	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin solution 0.5%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
LEVOFLOXACIN OPHTHALMIC SOLUTION 0.5%	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	2	
NATACYN SUSPENSION 5%	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium solution 10%</i>	2	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine solution 1%</i>	4	
XDEMVIY SOLUTION 0.25%	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution 0.1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	3	
<i>fluorometholone suspension 0.1%</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium solution 0.03%</i>	2	
ILEVRO SUSPENSION 0.3%	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	
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate suspension 1%</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI FILM 120MCG, 180MCG	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lithium carbonate tablet 300mg</i>	1	
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month tablet therapy pack 0</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	4	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml</i>	3	
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	3	
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	3	
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg</i>	4	
<i>disulfiram tablet 250mg, 500mg</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tablet 50mg</i>	2	
VIVITROL INJECTION 380MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
ADVAIR HFA AEROSOL 115MCG/ACT; 21MCG/ACT, 230MCG/ACT; 21MCG/ACT, 45MCG/ACT; 21MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA AEROSOL 90MCG/ACT; 80MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>breyana aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(23.6 GM por 28 días)
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	5	QL(560 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	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 INJECTION 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	QL(0.5 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</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 solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</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 AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	5	PA
<i>pirfenidone capsule 267mg</i>	5	PA
<i>pirfenidone tablet 267mg, 534mg, 801mg</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	5	PA
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 5.8MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	5	PA
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan tablet 10mg, 5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT TABLET 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	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 20mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	5	QL(270 ML por 30 días); PA
WINREVAIR INJECTION 0, 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 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>cetirizine hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA AEROSOL 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110MCG/INH, 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220MCG/INH	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 AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium packet 4mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg</i>	2	
<i>montelukast sodium tablet 10mg</i>	1	
<i>zafirlukast tablet 10mg, 20mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AEROSOL SOLUTION 17MCG/ACT	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03%, 0.06%</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</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 capsule 18mcg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI SOLUTION 175MCG/3ML	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); (6.7 GM Pack Size)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(17 GM por 30 días); (8.5 GM Pack Size)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026
Última actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	2	QL(48 GM por 30 días); (18 GM Pack Size)
<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 nebulization solution 15mcg/2ml</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 20mcg/2ml</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 aerosol 45mcg/act</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
<i>levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml</i>	4	QL(90 EA por 30 días); B/D
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast tablet 250mcg, 500mcg</i>	4	PA
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	4	
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PAD 70%	3	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16" MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2" MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm miscellaneous</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PAD	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2" MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM MISCELLANEOUS	2	QL(200 EA por 30 días)
ELLA TABLET 30MG	3	
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	4	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	3	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	3	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	3	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	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
SKYCLARYS CAPSULE 50MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9% solution 0.9%</i>	2	
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32" miscellaneous</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
<i>unifine pentips 32gx6mm miscellaneous</i>	2	QL(200 EA por 30 días)
V-GO 20 KIT	3	
V-GO 30 KIT	3	
V-GO 40 KIT	3	
VISTOGARD PACKET 10GM	5	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZOKINVY CAPSULE 50MG, 75MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid solution 2%</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspension 0.3%; 0.1%</i>	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid solution 2%; 1%</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	4	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	NDS
<i>methadone hcl solution 5mg/5ml</i>	3	NDS
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	2	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol concentrate 10mg/ml</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate 10mg/ml</i>	3	NDS
<i>methadone hydrochloride solution 10mg/5ml</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	3	NDS
<i>XTAMPZA ER CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5MG, 18MG, 27MG, 36MG, 9MG</i>	3	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg</i>	2	NDS
<i>acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	3	NDS
<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	4	PA; NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	3	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	4	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg</i>	2	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 8mg</i>	4	NDS

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml</i>	4	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	2	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	NDS
<i>morphine sulfate tablet 15mg, 30mg</i>	3	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml</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 tablet 325mg; 37.5mg</i>	2	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac potassium tablet 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium er tablet extended release 24 hour 100mg</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 200mg, 300mg</i>	3	
<i>etodolac tablet 400mg, 500mg</i>	3	
<i>flurbiprofen tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>ibuprofen suspension 100mg/5ml</i>	2	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er capsule extended release 75mg</i>	3	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml, 60mg/2ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 500mg, 750mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>oxaprozin tablet 600mg</i>	3	
<i>piroxicam capsule 10mg, 20mg</i>	3	
<i>sulindac tablet 150mg, 200mg</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%</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 ointment 5%</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, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<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 concentrate 5mg/ml</i>	2	
<i>diazepam concentrate 5mg/ml</i>	2	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</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 concentrate 2mg/ml</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 SUSPENSION 590MG/8.4ML	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric injection 10mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN CAPSULE 250MG	5	
<i>neomycin sulfate tablet 500mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 1.2gm, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets swab 1%</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml</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 injection 150mg</i>	4	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INJECTION 1000MG/100ML; 0.9%, 350MG/50ML; 0.9%, 500MG/50ML; 0.9%, 700MG/100ML; 0.9%	4	
<i>daptomycin injection 350mg, 500mg</i>	4	
<i>fosfomycin tromethamine packet 3gm</i>	4	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	5	
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid tablet 600mg</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>methenamine hippurate tablet 1gm</i>	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</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 capsule 100mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule 100mg</i>	2	
<i>tigecycline injection 50mg</i>	4	
<i>tinidazole tablet 250mg, 500mg</i>	4	
<i>trimethoprim tablet 100mg</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	
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	4	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 250mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 500mg</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
CEFEPIME/DEXTROSE INJECTION 2GM/50ML; 5%	4	
<i>cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule 400mg</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet 100mg, 200mg</i>	4	
<i>cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg</i>	4	
<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 chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin tablet 500mg, 875mg</i>	1	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>naftacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium injection 5000000unit</i>	5	
<i>penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg</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 injection 1gm</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	3	
Macrólidos		
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin packet 1gm</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	2	
<i>azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	4	
<i>clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin tablet 250mg, 500mg</i>	2	
DIFICID TABLET 200MG	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg</i>	4	
<i>fidaxomicin tablet 200mg</i>	5	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</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	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet 150mg, 300mg</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 monohydrate tablet 150mg, 75mg</i>	3	
<i>doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	3	
<i>ethosuximide solution 250mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	4	
<i>clobazam tablet 10mg, 20mg</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 CAPSULE 250MG, 500MG	5	PA NSO
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	4	
<i>divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg</i>	2	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg</i>	2	
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg</i>	2	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution 250mg/5ml</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 FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	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)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution 20mg/ml</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet 125mg, 250mg, 50mg</i>	2	
SYMPAZAN FILM 10MG, 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin packet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>vigabatrin tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone packet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone tablet 500mg</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO
<i>vigpoder packet 500mg</i>	5	PA NSO
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	5	PA NSO
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg</i>	3	
<i>carbamazepine suspension 100mg/5ml</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg</i>	2	
<i>carbamazepine tablet 200mg</i>	3	
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol tablet 200mg</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	4	
<i>lacosamide solution 10mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>oxcarbazepine suspension 300mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PHENYTEK CAPSULE 200MG, 300MG	2	
<i>phenytoin infatabs tablet chewable 50mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin suspension 125mg/5ml</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable 50mg</i>	2	
<i>rufinamide suspension 40mg/ml</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (14 X 150 MG & 14 X 200 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (14 X 50 MG & 14 X 100 MG)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; 100 MG & 150 MG TABS (250 MG DAILY DOSE)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; 150 MG & 200 MG TABS (350 MG DAILY DOSE)
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	5	PA NSO
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	4	ST NSO
<i>zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	5	PA NSO
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	PA NSO
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	5	PA NSO
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	4	
<i>felbamate suspension 600mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate tablet 400mg, 600mg</i>	4	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 250mg, 25mg, 300mg, 50mg</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg</i>	2	
<i>lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>levetiracetam solution 100mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble 250mg</i>	4	
<i>levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>perampanel suspension 0.5mg/ml</i>	5	
<i>perampanel tablet 2mg</i>	4	
<i>perampanel tablet 10mg, 12mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	5	
<i>roweepra tablet 500mg</i>	2	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	4	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	4	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	4	
<i>subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	1	
<i>topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>topiramate solution 25mg/ml</i>	4	
<i>topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>valproic acid capsule 250mg</i>	2	
<i>valproic acid solution 250mg/5ml</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	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 100mg, 75mg</i>	2	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	5	ST NSO
<i>mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg</i>	3	
<i>mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	2	
SPRAVATO 56MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 0	5	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 0	5	PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN TABLET 10MG	4	
<i>phenelzine sulfate tablet 15mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate tablet 10mg</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 tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate 10mg/ml</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 10mg/5ml</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride 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)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>escitalopram oxalate solution 5mg/5ml</i>	3	
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg</i>	2	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	5	
<i>sertraline hcl concentrate 20mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<i>Ayudantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D; (THERAPY PACK 80 & 125 MG)
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	5	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution 4mg/5ml</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<i>Antieméticos, otros</i>		
<i>compro suppository 25mg</i>	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>promethazine suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine patch 72 hour 1mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
<i>Antimicobacterianos, otros</i>		
<i>dapsone tablet 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	4	
<i>Antituberculosos</i>		
<i>cycloserine capsule 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	2	
ISONIAZID INJECTION 100MG/ML	4	
<i>isoniazid syrup 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid tablet 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	4	
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	3	
<i>rifampin capsule 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin injection 600mg</i>	4	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	5	
TRECTOR TABLET 250MG	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	4	B/D
<i>amphotericin b liposome injection 50mg</i>	5	B/D
<i>amphotericin b injection 50mg</i>	4	B/D
<i>caspofungin acetate injection 50mg, 70mg</i>	4	
<i>clotrimazole cream 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole troche 10mg</i>	3	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	5	PA
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	3	
<i>fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>flucytosine capsule 250mg, 500mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize tablet 500mg</i>	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole capsule 100mg</i>	4	PA
JUBLIA SOLUTION 10%	5	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	2	
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	2	
<i>klayesta powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>miconazole injection 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nyamyc powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin ointment 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	3	
<i>nystop powder 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	5	PA
<i>posaconazole suspension 40mg/ml</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl tablet 250mg</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole cream 0.4%, 0.8%</i>	3	
<i>voriconazole injection 200mg</i>	5	PA
<i>voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml</i>	5	
<i>voriconazole tablet 200mg, 50mg</i>	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN TABLET 2MG	5	
<i>lomustine capsule 10mg, 40mg</i>	4	
<i>lomustine capsule 100mg</i>	5	
MATULANE CAPSULE 50MG	5	
VALCHLOR GEL 0.016%	5	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO
POMALYST CAPSULE 3MG, 4MG	5	PA NSO
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>abirtega tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>bicalutamide tablet 50mg</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	5	PA NSO
EULEXIN CAPSULE 125MG	4	
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	5	
NUBEQA TABLET 300MG	5	PA NSO
XTANDI CAPSULE 40MG	5	PA NSO
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	5	PA NSO
YONSA TABLET 125MG	5	PA NSO
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
TEVIMBRA INJECTION 100MG/10ML	5	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPSULE 140MG	5	
INLURIYO TABLET 200MG	5	PA NSO
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	5	PA NSO
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	5	
<i>tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>toremifene citrate tablet 60mg</i>	4	
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	3	
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	2	
<i>mercaptopurine suspension 2000mg/100ml</i>	5	
<i>mercaptopurine tablet 50mg</i>	3	
TABLOID TABLET 40MG	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC CAPSULE 100MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN TABLET 192MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	5	PA NSO
KOMZIFTI CAPSULE 200MG	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 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	3	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA NSO
LYSODREN TABLET 500MG	5	
MODEYSO CAPSULE 125MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	5	PA NSO
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	5	PA NSO
OJEMDA TABLET 100MG	5	PA NSO
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML, 2000UNIT/ML; 80MG/ML; 40MG/ML	5	PA NSO
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG, 25MG	5	PA NSO
VONJO CAPSULE 100MG	5	PA NSO
ZOLINZA CAPSULE 100MG	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
MESNA TABLET 400MG	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 THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	5	PA NSO
topotecan hcl injection 4mg	5	
topotecan hydrochloride injection 4mg/4ml	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
anastrozole tablet 1mg	1	
exemestane tablet 25mg	4	
letrozole tablet 2.5mg	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPSULE 150MG	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	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 CAPSULE 160MG, 40MG	5	PA NSO
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	5	PA NSO
BOSULIF CAPSULE 100MG, 50MG	5	PA NSO
BOSULIF TABLET 100MG, 400MG, 500MG	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA CAPSULE 80MG	5	PA NSO
BRUKINSA TABLET 160MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE CAPSULE 100MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CALQUENCE TABLET 100MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA NSO
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	5	PA NSO
COTELLIC TABLET 20MG	5	PA NSO
DANZITEN TABLET 71MG, 95MG	5	PA NSO
<i>dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	5	PA NSO
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 25mg</i>	4	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 CAPSULE 40MG	5	
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	5	PA NSO
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	5	PA NSO
GAVRETO CAPSULE 100MG	5	PA NSO
<i>gefitinib tablet 250mg</i>	5	PA NSO
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	5	PA NSO
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	5	PA NSO
HERNEXEOS TABLET 60MG	5	PA NSO
HYRNUO TABLET 10MG	5	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
IBTROZI CAPSULE 200MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	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 140MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE 70MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	5	PA NSO
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	5	PA NSO
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	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 TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	5	PA NSO
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	5	PA NSO
KRAZATI TABLET 200MG	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate tablet 250mg</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO
LORBRENA TABLET 100MG, 25MG	5	PA NSO
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	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 SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	5	PA NSO
MEKINIST TABLET 0.5MG, 2MG	5	PA NSO
MEKTOVI TABLET 15MG	5	PA NSO
NERLYNX TABLET 40MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA NSO
NILOTINIB CAPSULE 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
NINLARO CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA NSO
ODOMZO CAPSULE 200MG	5	PA NSO
OJJAARA TABLET 100MG, 200MG	5	PA NSO
OJJAARA TABLET 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg, 400mg</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	5	PA NSO
QINLOCK TABLET 50MG	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE 40MG, 80MG	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 CAPSULE 150MG	5	PA NSO
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	5	PA NSO
ROZLYTREK CAPSULE 100MG, 200MG	5	PA NSO
ROZLYTREK PACKET 50MG	5	PA NSO
RUBRACA TABLET 250MG, 300MG	5	PA NSO
RUBRACA TABLET 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
RYDAPT CAPSULE 25MG	5	PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 40MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA NSO
SCSEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib tosylate tablet 200mg</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tablet 200mg</i>	5	PA NSO
STIVARGA TABLET 40MG	5	PA NSO
<i>sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	PA NSO
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO
TAZVERIK TABLET 200MG	5	PA NSO
TEPMETKO TABLET 225MG	5	PA NSO
TIBSOVO TABLET 250MG	5	PA NSO
<i>torpenz tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	5	PA NSO
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	5	PA NSO
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	5	PA NSO
TURALIO CAPSULE 125MG	5	PA NSO
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA NSO
VITRAKVI CAPSULE 100MG, 25MG	5	PA NSO
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	5	PA NSO
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	5	PA NSO
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	5	PA NSO
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	5	PA NSO
XOSPATA TABLET 40MG	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	5	PA NSO
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG, 80MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF TABLET 240MG	5	PA NSO
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET 150MG	5	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	5	PA NSO
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA NSO
PANRETIN GEL 0.1%	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antiparasitarios		
<i>Antihelmínticos</i>		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	4	
<i>ivermectin tablet 3mg, 6mg</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	4	
<i>Antiprotozoico</i>		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED 100MG/5ML	5	
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	3	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg</i>	3	
<i>atovaquone suspension 750mg/5ml</i>	4	
<i>benznidazole tablet 100mg, 12.5mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tablet 250mg, 500mg</i>	3	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride tablet 250mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	5	
<i>pentamidine isethionate injection 300mg</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg</i>	3	B/D
<i>primaquine phosphate tablet 26.3mg</i>	3	
<i>pyrimethamine tablet 25mg</i>	5	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	3	PA
Antipsicóticos		
<i>Primera generación/típico</i>		
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection 25mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection 5mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol concentrate 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	3	
<i>loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	2	
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg</i>	4	
<i>perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	
<i>pimozide tablet 1mg, 2mg</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	3	
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 SUSPENSION 50MG/ML	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	5	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	5	
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	5	
<i>asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	4	QL(24 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	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 INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	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 TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE 34MG	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection 10mg</i>	4	
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
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 INJECTION 120MG, 90MG	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 TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	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 tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution 1mg/ml</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate injection 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPSULE 250MG	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>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium tablet 700mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	4	
<i>lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	4	
NORVIR PACKET 100MG	4	QL(360 EA por 30 días)
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG, 150MG; 800MG	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	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 50MG	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir tablet 100mg</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	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 INJECTION 90MG	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 TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	5	
SELZENTRY TABLET 25MG	4	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA INJECTION 463.5MG/1.5ML	5	
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(10 EA por 365 días); (5 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	5	QL(8 EA por 365 días); (4 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET 300MG	5	QL(24 EA por 168 días)
TYBOST TABLET 150MG	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	2	B/D
LIVTENCITY TABLET 200MG	5	
PREVYMIS PACKET 120MG, 20MG	5	
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	5	
<i>valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml</i>	5	
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	3	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule 100mg</i>	2	
<i>amantadine hcl solution 50mg/5ml</i>	2	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	2	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	2	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	2	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RELENZA DISKHALER AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5MG/BLISTER	4	QL(240 EA por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	5	QL(560 EA por 365 días); PA
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	5	QL(336 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir tablet 400mg; 100mg</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	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 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK GEL 0	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA INJECTION 400MG/2ML; 600MG/2ML, 600MG/3ML; 900MG/3ML	5	
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD TABLET 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET 100MG	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)
ISENTRESS TABLET 400MG	5	QL(60 EA por 30 días)
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	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 TABLET 30MG	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	5	QL(180 EA por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EDURANT TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule 200mg, 50mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet 600mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg</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 suspension 50mg/5ml</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine tablet 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
<i>abacavir tablet 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	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)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine capsule 200mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg</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 TABLET 200MG; 25MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIREAD POWDER 40MG/GM	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>zidovudine tablet 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tablet 10mg</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION 0.05MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir tablet 0.5mg, 1mg</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); (300mg-100mg Day 1; 150mg-100mg Days 2-5 Pak)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); (150mg-100mg Pak)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension 15gm/60ml</i>	3	
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder 0</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml</i>	3	
SPS SUSPENSION 15GM/60ML	3	
VELTASSA PACKET 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	5	
<i>deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg, 250mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>penicillamine tablet 250mg</i>	5	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule 667mg</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN II INJECTION 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; 405mg/100ml; 447mg/100ml; 1083mg/100ml; 795mg/100ml; 50meq/l; 600mg/100ml; 300mg/100ml; 750mg/100ml</i>	4	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	4	B/D
<i>carglumic acid tablet soluble 200mg</i>	5	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%</i>	4	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%</i>	4	
<i>dextrose 5% injection 5%</i>	2	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con 10 tablet extended release 10meq</i>	2	
<i>klor-con 8 tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>klor-con m10 tablet extended release 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 tablet extended release 15meq</i>	2	
<i>klor-con m20 tablet extended release 20meq</i>	2	
<i>klor-con/ef tablet effervescent 25meq</i>	2	
<i>klor-con packet 20meq</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	3	
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	4	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride injection 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride packet 20meq</i>	4	
<i>potassium chloride oral solution 10%, 20%</i>	4	
<i>potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection 0.45%</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 650mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	4	
CABLIVI INJECTION 11MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET TABLET 20MG	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>ticagrelor tablet 60mg, 90mg</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	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); PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	3	QL(560 EA por 28 días); PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml</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 tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	3	QL(600 ML por 30 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 capsule 0.5mg, 1mg</i>	3	
<i>eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg</i>	5	PA
<i>eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
PROCRT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
RETACRT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	5	PA
XOLREMDI CAPSULE 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado 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>glipizide xl tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glipizide tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glyburide micronized tablet 1.5mg, 3mg, 6mg</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1000mg, 500mg</i>	2	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride solution 500mg/5ml</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide tablet 120mg, 60mg</i>	6	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	6	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33 INJECTION 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABLET 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 5MG; 1000MG, 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	3	
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	5	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
<i>glucagon emergency kit injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTouch INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
FIASP INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Última actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART INJECTION 100UNIT/ML	3	
<i>insulin lispro injection 100unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	3	
LYUMJEV KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
LYUMJEV INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG RELION INJECTION 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	3	PA
<i>methocarbamol tablet 500mg, 750mg</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er tablet extended release 12 hour 100mg</i>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous powder 0</i>	5	
CERDELGA CAPSULE 84MG	5	PA
CHOLBAM CAPSULE 250MG, 50MG	5	PA
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	4	
EVRYSDI SOLUTION RECONSTITUTED 0.75MG/ML	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME INJECTION 35MG, 5MG	5	PA
<i>l-glutamine packet 5gm</i>	5	PA
<i>miglustat capsule 100mg</i>	5	PA
<i>nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	5	
ONPATTRO INJECTION 10MG/5ML	5	PA
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK TABLET THERAPY PACK 0, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCovi INJECTION 2.4MG/1.5ML	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg</i>	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride tablet 100mg</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate tablet 500mg</i>	5	
SUCRAID SOLUTION 8500UNIT/ML	5	PA
WELIREG TABLET 40MG	5	PA NSO
<i>yargesa capsule 100mg</i>	5	PA
ZELVYSIA PACKET 100MG, 500MG	5	PA

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026
Última actualización: 01/02/2026

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>	65
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	65
ABELCET	52
<i>abigale</i>	19
<i>abigale lo</i>	19
ABILIFY MAINTENA	61
<i>abiraterone acetate</i>	53
<i>abirtega</i>	53
ABRYSVO	30
<i>acamprosate calcium dr</i>	34
<i>acarbose</i>	69
ACCUTANE	14
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3
<i>acetaminophen/codeine</i>	40
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	40
<i>acetazolamide</i>	32
<i>acetazolamide er</i>	32
<i>acetic acid</i>	40
<i>acetic acid 0.25%</i>	18
<i>acitretin</i>	14
ACTHIB	30
ACTIMMUNE	27
<i>acyclovir</i>	15
<i>acyclovir</i>	64
<i>acyclovir sodium</i>	64
ADACEL	30
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	27
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	28
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE	28
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	28
ADALIMUMAB-ADBM	28
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	28
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	28
PSORIASIS/VEITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	28
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	28
PACKAGE FOR PSORIASIS/VEITIS	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	14
ADBRY	14
<i>adefovir dipivoxil</i>	66

Nombre del medicamento	Página
ADEMPAS	36
ADTHYZA	24
ADVAIR HFA	34
<i>afirmelle</i>	19
AIMOVIG	2
AIRSUPRA	34
AKEEGA	54
<i>ala-cort</i>	14
<i>albendazole</i>	60
<i>albuterol sulfate</i>	38
<i>albuterol sulfate hfa</i>	37
<i>alclometasone dipropionate</i>	14
ALCOHOL PREP PADS	38
ALECENSA	55
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	18
ALINIA	60
<i>aliskiren</i>	4
<i>allopurinol</i>	8
<i>alosetron hydrochloride</i>	16
<i>alprazolam</i>	42
<i>altavera</i>	19
ALUNBRIG	55
<i>alyacen 1/35</i>	19
<i>alyacen 7/7/7</i>	19
<i>alyq</i>	36
<i>amabelz</i>	19
<i>amantadine hcl</i>	63
<i>ambrisentan</i>	36
<i>amethia</i>	19
<i>amethyst</i>	19
<i>amikacin sulfate</i>	42
<i>amiloride hcl</i>	7
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	4
AMINOSYN II	67
AMINOSYN-PF	67
<i>amiodarone hydrochloride</i>	6
<i>amitriptyline hcl</i>	50
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	50
<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
<i>ammonium lactate</i>	14
<i>amnestem</i>	14

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amoxapine</i>	50	<i>atorvastatin calcium</i>	7
<i>amoxicillin</i>	44	<i>atovaquone</i>	60
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	44	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	60
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	44	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	60
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	10	<i>atropine sulfate</i>	32
<i>amphotericin b</i>	52	ATROVENT HFA	37
<i>amphotericin b liposome</i>	52	<i>aubra eq</i>	19
<i>ampicillin</i>	45	AUGMENTIN	45
<i>ampicillin sodium</i>	45	AUGTYRO	55
<i>ampicillin/sulbactam</i>	45	<i>aurovela 1.5/30</i>	19
<i>ampicillin-sulbactam</i>	45	<i>aurovela 1/20</i>	19
<i>anagrelide hydrochloride</i>	69	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	19
<i>anastrozole</i>	55	<i>aurovela fe 1/20</i>	19
ANORO ELLIPTA	34	AUSTEDO	12
<i>aprepitant</i>	51	AUSTEDO XR	12
APTIVUS	62	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	12
AREXVY	30	KIT	
<i>arformoterol tartrate</i>	38	AUVELITY	49
ARIKAYCE	42	<i>aviane</i>	19
<i>aripiprazole</i>	61	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	55
<i>aripiprazole odt</i>	61	AVONEX	10
ARISTADA	61	AVONEX PEN	10
ARISTADA INITIO	61	<i>ayuna</i>	20
<i>armodafinil</i>	12	AYVAKIT	55
ARMOUR THYROID	24	<i>azathioprine</i>	28
ARNUITY ELLIPTA	36	<i>azelaic acid</i>	14
<i>asenapine maleate sl</i>	61	<i>azelastine hcl</i>	31
<i>ashlyna</i>	19	<i>azelastine hcl</i>	36
ASMANEX HFA	36	<i>azelastine hydrochloride</i>	36
ASMANEX TWISTHALER 120	37	<i>azithromycin</i>	45
METERED DOSES		<i>aztreonam</i>	43
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED	37	<i>azurette</i>	20
DOSES		<i>bacitracin</i>	33
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED	37	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	32
DOSES		<i>baclofen</i>	1
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED	37	<i>balsalazide disodium</i>	9
DOSES		BALVERSA	55
<i>aspirin/dipyridamole</i>	68	<i>balziva</i>	20
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	68	BAQSIMI ONE PACK	71
ASTAGRAF XL	28	BAQSIMI TWO PACK	71
<i>atazanavir</i>	62	BARACLUDE	66
<i>atazanavir sulfate</i>	62	<i>bcg vaccine</i>	30
<i>atenolol</i>	3	BD INSULIN SYRINGE	38
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	4	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atomoxetine</i>	11	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	38
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	II/0.3ML/31G X 5/16"	

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	38	BRIVIACT	48
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	39	<i>bromfenac sodium</i>	33
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	39	<i>bromocriptine mesylate</i>	2
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x 6mm</i>	39	BRONCHITOL	34
BELSOMRA	13	BRUKINSA	55
<i>benazepril hydrochloride</i>	8	<i>budesonide</i>	9
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>budesonide</i>	37
BENLYSTA	26	<i>budesonide er</i>	9
<i>benznidazole</i>	60	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	35
<i>benztropine mesylate</i>	2	<i>bumetanide</i>	7
BESIVANCE	33	<i>buprenorphine</i>	40
BESREMI	27	<i>buprenorphine hcl</i>	34
<i>betaine anhydrous</i>	73	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	34
<i>betamethasone dipropionate</i>	14	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	34
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14	<i>bupropion hydrochloride</i>	49
<i>betamethasone valerate</i>	14	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	34
BETASERON	10	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	49
<i>betaxolol hcl</i>	3	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	49
<i>betaxolol hcl</i>	31	<i>buspirone hcl</i>	42
<i>bethanechol chloride</i>	18	<i>buspirone hydrochloride</i>	42
<i>bexarotene</i>	59	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	12
BEXSERO	30	CABENUVA	64
<i>bicalutamide</i>	53	<i>cabergoline</i>	25
BICILLIN L-A	45	CABLIVI	68
BIKTARVY	64	CABOMETYX	55
<i>bisoprolol fumarate</i>	3	<i>calcipotriene</i>	13
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>calcitonin-salmon</i>	9
BIVIGAM	27	<i>calcitriol</i>	9
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	20	<i>calcium acetate</i>	66
<i>blisovi fe 1/20</i>	20	CALQUENCE	55
BONSITY	9	<i>camila</i>	23
BOOSTRIX	30	<i>camrese</i>	20
BOSULIF	55	<i>camrese lo</i>	20
BRAFTOVI	55	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BREO ELLIPTA	34	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>brey-na</i>	34	CAPLYTA	61
BREZTRI AEROSPHERE	34	CAPRELSA	56
<i>briellyn</i>	20	<i>captopril</i>	8
BRIMONIDINE TARTRATE	32	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	32	<i>carbamazepine</i>	47
<i>brinzolamide</i>	32	<i>carbamazepine er</i>	47
		<i>carbidopa</i>	3
		<i>carbidopa/levodopa</i>	3
		<i>carbidopa/levodopa er</i>	2
		<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carglumic acid</i>	67	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	33
<i>carteolol hcl</i>	31	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	45
<i>cartia xt</i>	3	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	45
<i>carvedilol</i>	3	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	40
<i>caspofungin acetate</i>	52	<i>cisplatin</i>	53
CAYSTON	35	<i>citalopram hydrobromide</i>	50
<i>cefaclor</i>	43	<i>claravis</i>	14
<i>cefadroxil</i>	43	<i>clarithromycin</i>	45
CEFAZOLIN	44	<i>clarithromycin er</i>	45
<i>cefazolin sodium</i>	44	CLENPIQ	16
<i>cefdinir</i>	44	CLIMARA PRO	20
<i>cefepime</i>	44	<i>clindacin etz pledgets</i>	43
<i>cefepime hydrochloride</i>	44	<i>clindamycin hcl</i>	43
CEFEPIME/DEXTROSE	44	<i>clindamycin hydrochloride</i>	43
<i>cefixime</i>	44	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	43
<i>cefotaxime sodium</i>	44	<i>clindamycin phosphate</i>	16
<i>cefotetan</i>	44	<i>clindamycin phosphate</i>	43
<i>cefoxitin sodium</i>	44	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14
<i>cefpodoxime proxetil</i>	44	<i>clobazam</i>	46
<i>cefprozil</i>	44	<i>clobetasol propionate</i>	14
<i>ceftazidime</i>	44	<i>clobetasol propionate e</i>	14
<i>ceftriaxone sodium</i>	44	<i>clomipramine hydrochloride</i>	50
<i>cefuroxime axetil</i>	44	<i>clonazepam</i>	46
<i>cefuroxime sodium</i>	44	<i>clonazepam odt</i>	46
<i>celecoxib</i>	41	<i>clonidine</i>	5
<i>cephalexin</i>	44	<i>clonidine hydrochloride</i>	5
CERDELGA	73	<i>clopidogrel</i>	68
<i>cetirizine hydrochloride</i>	36	<i>clorazepate dipotassium</i>	42
<i>chateal eq</i>	20	<i>clotrimazole</i>	52
CHEMET	66	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13
<i>chlorhexidine gluconate</i>	13	<i>clozapine</i>	61
<i>chloroquine phosphate</i>	60	<i>clozapine odt</i>	61
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	60	COARTEM	60
<i>chlorthalidone</i>	8	COBENFY	12
CHOLBAM	73	COBENFY STARTER PACK	12
<i>cholestyramine</i>	7	<i>colchicine</i>	8
<i>cholestyramine light</i>	7	<i>colesevelam hydrochloride</i>	7
<i>ciclodan</i>	15	<i>colestipol hydrochloride</i>	7
<i>ciclopirox</i>	15	<i>colistimethate sodium</i>	43
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15	COMBIGAN	32
<i>ciclopirox olamine</i>	15	COMBIVENT RESPIMAT	35
<i>cilostazol</i>	68	COMETRIQ	56
CIMDUO	65	<i>compro</i>	51
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	9	<i>constulose</i>	16
CINRYZE	27	COPIKTRA	56
<i>ciprofloxacin hcl</i>	45	<i>cortisone acetate</i>	23

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
COSENTYX	26	<i>desmopressin acetate</i>	19
COSENTYX SENSOREADY PEN	26	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	20
COSENTYX UNOREADY	26	<i>desonide</i>	15
COTELLIC	56	<i>desoximetasone</i>	15
CREON	73	<i>desvenlafaxine er</i>	50
CRESEMBA	52	<i>dexamethasone</i>	23
<i>cromolyn sodium</i>	31	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	33
<i>cromolyn sodium</i>	38	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11
<i>cromolyn sodium</i>	73	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11
<i>cryselle-28</i>	20	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11
CTEXTLI	16	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	11
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	39	<i>dextrose 5%</i>	67
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	73	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	67
<i>cyclophosphamide</i>	53	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	67
<i>cycloserine</i>	52	DIACOMIT	46
<i>cyclosporine</i>	28	<i>diazepam</i>	42
<i>cyclosporine</i>	32	<i>diazepam intensol</i>	42
<i>cyclosporine modified</i>	28	<i>diazepam rectal gel</i>	46
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36	<i>diazoxide</i>	71
CYSTAGON	73	<i>diclofenac potassium</i>	41
CYSTARAN	32	<i>diclofenac sodium</i>	13
<i>dabigatran etexilate</i>	68	<i>diclofenac sodium</i>	33
<i>dalfampridine er</i>	10	<i>diclofenac sodium</i>	41
<i>danazol</i>	19	<i>diclofenac sodium dr</i>	41
<i>dantrolene sodium</i>	1	<i>diclofenac sodium er</i>	41
DANZITEN	56	<i>dicloxacillin sodium</i>	45
<i>dapagliflozin propanediol</i>	8	<i>dicyclomine hcl</i>	17
<i>dapsone</i>	52	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	17
DAPTACEL	30	DIFICID	45
<i>daptomycin</i>	43	<i>diflunisal</i>	41
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	43	<i>digox</i>	6
<i>darunavir</i>	62	<i>digoxin</i>	6
<i>dasatinib</i>	56	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	2
<i>dasetta 1/35</i>	20	DILANTIN	47
<i>dasetta 7/7/7</i>	20	<i>diltiazem hcl</i>	4
DAURISMO	56	<i>diltiazem hcl cd</i>	3
<i>daysee</i>	20	<i>diltiazem hcl er</i>	3
<i>deblitane</i>	23	<i>diltiazem hydrochloride</i>	4
<i>deferasirox</i>	66	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	4
DELSTRIGO	64	<i>dilt-xr</i>	3
<i>delyla</i>	20	<i>dimethyl fumarate</i>	10
<i>demeclocycline hcl</i>	46	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	10
DENGVAIXA	30	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	36
DEPO-SUBQ PROVERA 104	23	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	16
DESCOVY	65	<i>sulfate</i>	
<i>desipramine hydrochloride</i>	50	<i>disulfiram</i>	34

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>divalproex sodium dr</i>	46	ELMIRON	18
<i>divalproex sodium er</i>	46	<i>eltrombopag olamine</i>	69
<i>dofetilide</i>	6	<i>eluryng</i>	20
<i>dolishale</i>	20	EMCYT	54
<i>donepezil hcl</i>	1	EMGALITY	2
<i>donepezil hydrochloride</i>	1	EMPAVELI	26
DOPTELET	68	EMSAM	50
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	32	<i>emtricitabine</i>	65
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	32	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65
DOTTI	20	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65
DOVATO	64	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65
<i>doxazosin mesylate</i>	18	EMTRIVA	65
<i>doxepin hcl</i>	50	<i>emzahh</i>	23
<i>doxepin hydrochloride</i>	50	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>doxycycline</i>	46	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>doxycycline hyclate</i>	13	ENBREL	28
<i>doxycycline hyclate</i>	46	ENBREL MINI	28
<i>doxycycline monohydrate</i>	46	ENBREL SURECLICK	28
DRIZALMA SPRINKLE	50	<i>endocet</i>	40
<i>dronabinol</i>	51	ENGERIX-B	30
DROXIA	54	<i>enilloring</i>	20
<i>droxidopa</i>	5	<i>enoxaparin sodium</i>	69
DULERA	35	<i>enpresse-28</i>	20
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	50	ENSACOVE	56
DUPIXENT	26	<i>entacapone</i>	2
<i>dutasteride</i>	18	<i>entecavir</i>	66
EASY COMFORT INSULIN	39	ENTRESTO	5
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>enulose</i>	16
EASY COMFORT PEN NEEDLES	39	ENVARUS XR	28
29GX4MM		EPIDIOLEX	48
<i>ec-naproxen</i>	41	<i>epinephrine</i>	38
<i>econazole nitrate</i>	52	<i>epitol</i>	47
EDARBI	6	<i>eplerenone</i>	6
EDARBYCLOR	5	EPRONTIA	48
EDURANT	65	<i>ergoloid mesylates</i>	1
EDURANT PED	64	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	2
<i>efavirenz</i>	65	ERIVEDGE	56
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	ERLEADA	54
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>erlotinib hydrochloride</i>	56
<i>effek</i>	67	<i>errin</i>	23
<i>elinest</i>	20	<i>ertapenem sodium</i>	45
ELIQUIS	68	<i>ery</i>	16
ELIQUIS STARTER PACK	68	<i>erythromycin</i>	16
ELLA	39	<i>erythromycin</i>	33
		<i>erythromycin dr</i>	45

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	14	<i>fenofibric acid dr</i>	6
<i>escitalopram oxalate</i>	51	<i>fentanyl</i>	40
<i>eslicarbazepine acetate</i>	47	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	40
<i>esomeprazole magnesium</i>	17	<i>fesoterodine fumarate er</i>	18
<i>estarylla</i>	20	FETZIMA	51
<i>estradiol</i>	20	FETZIMA TITRATION PACK	51
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	20	FIASP	71
ESTRING	20	FIASP FLEXTOUCH	71
<i>eszopiclone</i>	13	FIASP PENFILL	71
<i>ethambutol hydrochloride</i>	52	<i>fidaxomicin</i>	45
<i>ethosuximide</i>	46	FINACEA	14
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	20	<i>finasteride</i>	18
<i>etodolac</i>	41	<i>fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	20	FINTEPLA	48
<i>etravirine</i>	65	FIRMAGON	25
EUCRISA	15	FLAREX	33
EULEXIN	54	<i>flecainide acetate</i>	6
EUTHYROX	24	<i>fluconazole</i>	52
<i>everolimus</i>	28	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	52
<i>everolimus</i>	56	<i>flucytosine</i>	52
EVOTAZ	62	<i>fludrocortisone acetate</i>	24
EVRYSDI	73	<i>flunisolide</i>	37
<i>exemestane</i>	55	<i>fluocinolone acetonide</i>	15
EXKIVITY	56	<i>fluocinolone acetonide body</i>	15
EXXUA	49	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	15
EXXUA TITRATION PACK	49	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
<i>ezetimibe</i>	7	<i>fluocinonide</i>	15
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	7	<i>fluorometholone</i>	33
FABRAZYME	73	FLUOROURACIL	13
<i>falmina</i>	20	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	51
<i>famciclovir</i>	64	<i>fluphenazine decanoate</i>	60
<i>famotidine</i>	17	<i>fluphenazine hcl</i>	60
FANAPT	61	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	60
FANAPT TITRATION PACK A	61	<i>flurbiprofen</i>	41
FANAPT TITRATION PACK B	61	<i>flurbiprofen sodium</i>	33
FANAPT TITRATION PACK C	61	<i>fluticasone propionate</i>	15
FARXIGA	8	<i>fluticasone propionate</i>	37
FASENRA	35	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	35
FASENRA PEN	35	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	35
<i>febuxostat</i>	9	<i>fluvastatin</i>	7
<i>feirza 1.5/30</i>	20	<i>fluvastatin sodium er</i>	7
<i>feirza 1/20</i>	21	<i>fluvoxamine maleate</i>	51
<i>felbamate</i>	48	<i>fondaparinux sodium</i>	69
<i>felodipine er</i>	3	<i>formoterol fumarate</i>	38
<i>fenofibrate</i>	6	FORTEO	9
<i>fenofibrate micronized</i>	6	<i>fosamprenavir calcium</i>	62

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fosfomycin tromethamine</i>	43	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	70
<i>fosinopril sodium</i>	8	<i>glycopyrrolate</i>	17
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	5	GLYXAMBI	70
FOTIVDA	56	GOMEKLI	56
FRAGMIN	69	<i>griseofulvin microsize</i>	52
FRUZAQLA	56	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	53
<i>furosemide</i>	7	<i>guanfacine hydrochloride</i>	6
FUZEON	63	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
FYAVOLV	21	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	71
FYCOMPA	48	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	71
<i>gabapentin</i>	46	GVOKE KIT	71
<i>galantamine hydrobromide</i>	1	GVOKE PFS	71
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	<i>hailey 1.5/30</i>	21
<i>gallifrey</i>	23	<i>hailey fe 1.5/30</i>	21
GAMASTAN	27	<i>hailey fe 1/20</i>	21
<i>ganciclovir</i>	63	<i>halobetasol propionate</i>	15
GARDASIL 9	30	<i>haloette</i>	21
<i>gatifloxacin</i>	33	<i>haloperidol</i>	60
<i>gavilyte-c</i>	16	<i>haloperidol decanoate</i>	60
<i>gavilyte-g</i>	16	<i>haloperidol lactate</i>	60
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	17	HAVRIX	30
GAVRETO	56	<i>heather</i>	23
<i>gefitinib</i>	56	<i>heparin sodium</i>	69
GELNIQUE	18	HEPLISAV-B	30
<i>gemfibrozil</i>	6	HERNEXEOS	56
GEMTESA	18	HIBERIX	30
<i>generlac</i>	16	HIZENTRA	27
<i>engraf</i>	28	HUMALOG	71
GENOTROPIN	19	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	71
GENOTROPIN MINQUICK	19	HUMALOG KWIKPEN	71
<i>gentamicin sulfate</i>	33	HUMALOG MIX 50/50	71
<i>gentamicin sulfate</i>	42	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	71
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	42	HUMALOG MIX 75/25	71
GENVOYA	64	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	71
GILOTRIF	56	HUMATIN	42
<i>glatiramer acetate</i>	10	HUMIRA	29
GLEOSTINE	53	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	29
<i>glimepiride</i>	69	DISEASE STARTER PACK	
<i>glipizide</i>	70	HUMIRA PEN	29
<i>glipizide er</i>	69	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	29
<i>glipizide xl</i>	70	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	29
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	70	STARTER PACK	
<i>glucagon emergency kit</i>	71	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	29
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	71	HUMULIN 70/30	71
<i>glyburide</i>	70	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	71
<i>glyburide micronized</i>	70	HUMULIN N	71

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMULIN N KWIKPEN	71	INCRELEX	19
HUMULIN R	72	INCRUSE ELLIPTA	37
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	71	<i>indapamide</i>	8
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	71	<i>indomethacin</i>	41
<i>hydralazine hydrochloride</i>	8	<i>indomethacin er</i>	41
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	INFANRIX	30
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	40	INFLECTRA	29
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	40	INFLIXIMAB	29
<i>hydrocortisone</i>	9	INGREZZA	12
<i>hydrocortisone</i>	15	INLURIYO	54
<i>hydrocortisone</i>	24	INLYTA	57
<i>hydrocortisone valerate</i>	15	INQOVI	57
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	40	INREBIC	54
<i>hydromorphone hcl</i>	40	INSULIN ASPART	72
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	41	INSULIN ASPART FLEXPEN	72
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	60	INSULIN ASPART PENFILL	72
<i>hydroxyurea</i>	54	<i>insulin lispro</i>	72
<i>hydroxyzine hcl</i>	36	INTELENCE	65
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	36	<i>introvale</i>	21
<i>hydroxyzine pamoate</i>	36	INVEGA HAFYERA	61
HYPERHEP B	27	INVEGA SUSTENNA	61
HYRNUO	56	INVEGA TRINZA	61
<i>ibandronate sodium</i>	9	IPOL INACTIVATED IPV	30
IBRANCE	54	<i>ipratropium bromide</i>	37
IBRANCE	56	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	35
IBTROZI	56	<i>irbesartan</i>	6
<i>ibu</i>	41	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>ibuprofen</i>	41	ISENTRESS	64
<i>icatibant acetate</i>	27	ISENTRESS HD	64
<i>iclevia</i>	21	ISONIAZID	52
ICLUSIG	56	<i>isosorbide dinitrate</i>	8
<i>icosapent ethyl</i>	7	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	5
IDHIFA	56	<i>hydrochloride</i>	
IGALMI	33	<i>isosorbide mononitrate</i>	8
ILEVRO	33	<i>isosorbide mononitrate er</i>	8
<i>imatinib mesylate</i>	56	<i>isotretinoin</i>	14
IMBRUVICA	56	<i>isradipine</i>	3
<i>imipenem/cilastatin</i>	45	ISTURISA	19
<i>imipramine hcl</i>	50	ITOVEBI	54
<i>imipramine hydrochloride</i>	50	<i>itraconazole</i>	53
<i>imiquimod</i>	13	<i>ivabradine hydrochloride</i>	5
IMKELDI	57	<i>ivermectin</i>	60
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	30	IWILFIN	54
IMPAVIDO	43	IXIARO	30
INBRIJA	3	<i>jaimiess</i>	21
<i>incassia</i>	23	JAKAFI	57

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>jantoven</i>	69	<i>klor-con/ef</i>	67
JANUMET	70	KLOXXADO	34
JANUMET XR	70	KOMZIFTI	54
JANUVIA	70	KOSELUGO	57
JARDIANCE	8	<i>kourzeq</i>	13
JAYPIRCA	57	KRAZATI	57
<i>jencycla</i>	23	<i>kurvelo</i>	21
JENTADUETO	70	<i>labetalol hydrochloride</i>	3
JENTADUETO XR	70	<i>lacosamide</i>	47
<i>jinteli</i>	21	<i>lactulose</i>	16
<i>jolessa</i>	21	<i>lamivudine</i>	65
JOURNAVX	41	<i>lamivudine</i>	66
JUBBONTI	9	<i>lamivudine/zidovudine</i>	65
JUBLIA	53	<i>lamotrigine</i>	48
JULUCA	64	<i>lamotrigine er</i>	48
<i>junel 1.5/30</i>	21	<i>lamotrigine odt</i>	48
<i>junel 1/20</i>	21	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	48
<i>junel fe 1.5/30</i>	21	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	48
<i>junel fe 1/20</i>	21	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	48
JYLAMVO	29	<i>lansoprazole</i>	17
JYNARQUE	66	LANTUS	72
JYNNEOS	30	LANTUS SOLOSTAR	72
KALETRA	62	<i>lapatinib ditosylate</i>	57
KALYDECO	35	<i>larin 1.5/30</i>	21
<i>kariva</i>	21	<i>larin 1/20</i>	21
<i>kelnor 1/35</i>	21	<i>larin fe 1.5/30</i>	21
<i>kelnor 1/50</i>	21	<i>larin fe 1/20</i>	21
KERENDIA	6	<i>latanoprost</i>	33
KESIMPTA	10	LAZCLUZE	54
<i>ketoconazole</i>	53	<i>leflunomide</i>	29
<i>ketorolac tromethamine</i>	33	<i>lenalidomide</i>	53
<i>ketorolac tromethamine</i>	41	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	57
KINERET	26	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	57
KINRIX	30	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	57
<i>kionex</i>	66	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	57
KISQALI	57	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	57
KISQALI FEMARA 200 DOSE	54	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	57
KISQALI FEMARA 400 DOSE	54	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	57
KISQALI FEMARA 600 DOSE	54	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	57
<i>klayesta</i>	53	<i>lessina</i>	21
<i>klor-con</i>	67	<i>letrozole</i>	55
<i>klor-con 10</i>	67	<i>leucovorin calcium</i>	54
<i>klor-con 8</i>	67	LEUKERAN	53
<i>klor-con m10</i>	67	<i>leuprolide acetate</i>	25
<i>klor-con m15</i>	67	<i>levalbuterol</i>	38
<i>klor-con m20</i>	67	<i>levalbuterol hcl</i>	38

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	38	LOTEMAX SM	33
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	38	<i>lovastatin</i>	7
<i>levetiracetam</i>	49	<i>low-ogestrel</i>	21
<i>levetiracetam er</i>	48	<i>loxapine</i>	60
<i>levobunolol hcl</i>	31	<i>lubiprostone</i>	16
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36	<i>luizza 1.5/30</i>	21
LEVOFLOXACIN	33	<i>luizza 1/20</i>	21
<i>levofloxacin</i>	45	LUMAKRAS	57
<i>levofloxacin in d5w</i>	45	LUMIGAN	33
<i>levonest</i>	21	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	25
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	21	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	25
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	21	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	25
<i>levora 0.15/30-28</i>	21	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	25
LEVO-T	24	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	25
<i>levothyroxine sodium</i>	24	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	25
LEVOXYL	24	<i>lurasidone hydrochloride</i>	61
LEXIVA	63	<i>luteria</i>	21
<i>l-glutamine</i>	73	LYBALVI	61
LIBERVANT	47	<i>lyleq</i>	23
<i>lidocaine</i>	42	<i>lyllana</i>	21
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	13	LYNPARZA	57
<i>lidocaine viscous</i>	13	LYSODREN	54
<i>lidocaine/prilocaine</i>	42	LYTGOBI	57
LILETTA	23	LYUMJEV	72
<i>linezolid</i>	43	LYUMJEV KWIKPEN	72
LINZESS	16	<i>lyza</i>	23
<i>liomny</i>	24	<i>magnesium sulfat</i>	67
<i>liothyronine sodium</i>	24	<i>malathion</i>	16
<i>lisinopril</i>	8	<i>maraviroc</i>	63
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>marlissa</i>	21
<i>lithium</i>	34	MARPLAN	50
<i>lithium carbonate</i>	33	MATULANE	53
<i>lithium carbonate er</i>	33	<i>matzim la</i>	4
LIVMARLI	17	MAVYRET	64
LIVTENCITY	63	MAYZENT	10
<i>lojaimiess</i>	21	MAYZENT STARTER PACK	10
LOKELMA	66	<i>meclizine hcl</i>	52
<i>lomustine</i>	53	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	23
LONSURF	54	<i>mefloquine hydrochloride</i>	60
<i>loperamide hydrochloride</i>	16	<i>megestrol acetate</i>	23
<i>lopinavir/ritonavir</i>	63	MEKINIST	57
<i>lorazepam</i>	42	MEKTOVI	57
<i>lorazepam intensol</i>	42	<i>meleya</i>	23
LORBRENA	57	<i>meloxicam</i>	41
<i>losartan potassium</i>	6	<i>memantine hcl titration pak</i>	1
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>memantine hydrochloride</i>	1

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	<i>mifepristone</i>	25
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	1	<i>miglustat</i>	73
MENACTRA	30	<i>mili</i>	22
MENEST	21	<i>mimvey</i>	22
MENQUADFI	30	<i>minocycline hcl</i>	46
MENVEO	30	<i>minocycline hydrochloride</i>	46
<i>mercaptopurine</i>	54	<i>minoxidil</i>	8
<i>meropenem</i>	45	<i>mirtazapine</i>	49
<i>mesalamine</i>	9	<i>mirtazapine odt</i>	49
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>misoprostol</i>	18
<i>mesalamine er</i>	9	M-M-R II	30
MESNA	55	<i>modafinil</i>	12
<i>metformin hydrochloride</i>	70	MODEYSO	54
<i>metformin hydrochloride er</i>	70	<i>moexipril hydrochloride</i>	8
<i>methadone hcl</i>	40	<i>molindone hydrochloride</i>	60
<i>methadone hydrochloride</i>	40	<i>mometasone furoate</i>	15
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	40	<i>mometasone furoate</i>	37
<i>methazolamide</i>	32	<i>mono-linyah</i>	22
<i>methenamine hippurate</i>	43	<i>montelukast sodium</i>	37
<i>methimazole</i>	25	<i>morphine sulfate</i>	41
<i>methocarbamol</i>	73	<i>morphine sulfate er</i>	40
<i>methotrexate</i>	29	MOUNJARO	70
<i>methotrexate sodium</i>	29	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	46
<i>methsuximide</i>	46	<i>hydrochloride</i>	
METHYLDOPA	6	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	33
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	12	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	46
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	MRESVIA	30
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	11	MULTAQ	6
<i>methylprednisolone</i>	24	<i>mupirocin</i>	16
<i>methylprednisolone dose pack</i>	24	<i>mycophenolate mofetil</i>	29
<i>metoclopramide hcl</i>	17	<i>mycophenolic acid dr</i>	29
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	17	MYRBETRIQ	18
<i>metolazone</i>	8	<i>nabumetone</i>	41
<i>metoprolol succinate er</i>	3	<i>nadolol</i>	3
<i>metoprolol tartrate</i>	3	<i>nafcillin sodium</i>	45
<i>metronidazole</i>	14	<i>naloxone hcl</i>	34
<i>metronidazole</i>	43	<i>naloxone hydrochloride</i>	34
<i>metronidazole vaginal</i>	43	<i>naltrexone hydrochloride</i>	34
<i>metirosine</i>	5	<i>naproxen</i>	41
<i>mexiletine hydrochloride</i>	6	<i>naproxen dr</i>	41
<i>micafungin</i>	53	<i>naproxen sodium</i>	41
<i>microgestin 1.5/30</i>	21	<i>naratriptan hcl</i>	1
<i>microgestin 1/20</i>	21	NATACYN	33
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	21	<i>nateglinide</i>	70
<i>microgestin fe 1/20</i>	21	NAYZILAM	49
<i>midodrine hydrochloride</i>	6	<i>nebivolol hydrochloride</i>	3

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>necon 0.5/35-28</i>	22	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	22
<i>nefazodone hydrochloride</i>	51	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>neomycin sulfate</i>	42	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	22
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	32	<i>norlyroc</i>	23
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	32	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	32	<i>nortrel 1/35</i>	22
<i>one</i>		<i>nortrel 7/7/7</i>	22
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	32	<i>nortriptyline hcl</i>	50
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	32	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	50
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	40	NORVIR	63
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	40	NOVOLIN 70/30	72
<i>neo-polycin</i>	32	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	72
<i>neo-polycin hc</i>	32	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	72
NERLYNX	57	NOVOLIN 70/30 RELION	72
NEULASTA	69	NOVOLIN N	72
NEULASTA ONPRO KIT	69	NOVOLIN N FLEXPEN	72
<i>nevirapine</i>	65	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	72
<i>nevirapine er</i>	65	NOVOLIN N RELION	72
NEXLETOL	7	NOVOLIN R	72
NEXLIZET	7	NOVOLIN R FLEXPEN	72
NEXPLANON	23	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	72
<i>niacin er</i>	7	NOVOLIN R RELION	72
NICOTROL NS	34	NOVOLOG	72
<i>nifedipine er</i>	3	NOVOLOG FLEXPEN	72
NILOTINIB	58	NOVOLOG FLEXPEN RELION	72
<i>nilotinib hydrochloride</i>	58	NOVOLOG MIX 70/30	72
<i>nilutamide</i>	54	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	72
<i>nimodipine</i>	3	FLEXPEN	
NINLARO	58	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	72
<i>nitazoxanide</i>	60	FLEXPEN RELION	
<i>nitisinone</i>	73	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	72
NITRO-BID	8	NOVOLOG PENFILL	72
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	43	NOVOLOG RELION	72
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	43	<i>np thyroid 120</i>	24
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	43	<i>np thyroid 15</i>	24
<i>nitroglycerin</i>	8	<i>np thyroid 30</i>	24
<i>nitroglycerin</i>	17	<i>np thyroid 60</i>	24
<i>nitroglycerin transdermal</i>	8	<i>np thyroid 90</i>	24
NIVA THYROID	24	NUBEQA	54
<i>nizatidine</i>	17	NUCALA	35
<i>nora-be</i>	23	NUEDEXTA	12
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	22	NUPLAZID	61
<i>norethindrone</i>	23	NUTRILIPID	39
<i>norethindrone acetate</i>	23	<i>nyamyc</i>	53
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	22	<i>nylia 1/35</i>	22
		<i>nylia 7/7/7</i>	22

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nystatin</i>	53	ONUREG	55
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	OPIPZA	62
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13	OPSUMIT	36
<i>nystop</i>	53	OPVEE	34
<i>octreotide acetate</i>	25	<i>oralone dental paste</i>	13
ODACTRA	26	ORENCIA	26
ODEFSEY	65	ORENCIA	29
ODOMZO	58	ORENCIA CLICKJECT	26
OFEV	35	ORENITRAM	36
<i>ofloxacin</i>	33	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	36
<i>ofloxacin</i>	40	1	
OGSIVEO	55	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	36
OJEMDA	55	2	
OJJAARA	58	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	36
<i>olanzapine</i>	62	3	
<i>olanzapine odt</i>	62	ORGOVYX	25
<i>olmesartan medoxomil</i>	6	ORKAMBI	35
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>orphenadrine citrate er</i>	73
<i>olopatadine hydrochloride</i>	31	<i>orquidea</i>	23
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	7	ORSERDU	54
<i>omeprazole</i>	18	<i>oseltamivir phosphate</i>	63
<i>omeprazole dr</i>	17	OSPHENA	19
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	39	OTEZLA	13
(GEN 5)		OTEZLA	26
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	39	<i>oxacillin sodium</i>	45
(GEN 5)		<i>oxaprozin</i>	42
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	39	<i>oxcarbazepine</i>	47
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	39	<i>oxybutynin chloride</i>	18
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	39	<i>oxybutynin chloride er</i>	18
GEN 5		<i>oxycodone hydrochloride</i>	41
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	39	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	41
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	39	OZEMPIC	70
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	39	PACERONE	6
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	39	<i>paliperidone er</i>	62
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	39	PANRETIN	59
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	39	<i>pantoprazole sodium</i>	18
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	39	<i>paricalcitol</i>	9
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	39	<i>paroxetine hcl</i>	51
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	39	<i>paroxetine hydrochloride</i>	51
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	39	PAXLOVID	66
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	39	<i>pazopanib hydrochloride</i>	58
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	39	PEDIARIX	30
<i>ondansetron hcl</i>	51	PEDVAX HIB	30
<i>ondansetron hydrochloride</i>	51	<i>peg-3350/electrolytes</i>	17
<i>ondansetron odt</i>	51	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	17
ONPATTRO	73	PEGASYS	27

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PEGASYS	29	<i>portia-28</i>	22
PEMAZYRE	58	<i>posaconazole</i>	53
PENBRAYA	30	<i>posaconazole dr</i>	53
<i>penicillamine</i>	66	<i>potassium chloride</i>	68
<i>penicillin g sodium</i>	45	<i>potassium chloride er</i>	67
<i>penicillin v potassium</i>	45	<i>potassium citrate er</i>	68
PENMENVY	30	PRALUENT	7
PENTACEL	31	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2
<i>pentamidine isethionate</i>	60	<i>prasugrel hydrochloride</i>	68
<i>pentoxifylline er</i>	5	<i>pravastatin sodium</i>	7
<i>perampanel</i>	49	<i>praziquantel</i>	60
<i>perindopril erbumine</i>	8	<i>prazosin hydrochloride</i>	3
<i>periogard</i>	13	<i>prednisolone</i>	24
<i>permethrin</i>	16	<i>prednisolone acetate</i>	33
<i>perphenazine</i>	60	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	24
PERSERIS	62	<i>prednisone</i>	24
<i>phenelzine sulfate</i>	50	<i>pregabalin</i>	47
<i>phenobarbital</i>	47	PREHEVBRIO	31
PHENYTEK	48	PREMARIN	22
<i>phenytoin</i>	48	<i>premium lidocaine</i>	42
<i>phenytoin infatabs</i>	48	PREMPHASE	22
<i>phenytoin sodium extended</i>	48	PREMPRO	22
PHESGO	55	<i>prenatal</i>	68
<i>philith</i>	22	<i>prevalite</i>	7
PIFELTRO	65	PREVYMIS	63
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13	PREZCOBIX	63
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	32	PREZISTA	63
<i>pimecrolimus</i>	15	PRIFTIN	52
<i>pimozide</i>	60	<i>primaquine phosphate</i>	60
<i>pimtrea</i>	22	<i>primidone</i>	47
<i>pindolol</i>	3	PRIORIX	31
<i>pioglitazone hcl</i>	70	PRIVIGEN	27
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	70	PROAIR RESPICLICK	38
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	70	<i>probenecid</i>	9
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	45	<i>probenecid/colchicine</i>	9
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	58	<i>prochlorperazine</i>	52
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	58	<i>prochlorperazine maleate</i>	52
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	58	PROCRIT	69
<i>pirfenidone</i>	35	<i>procto-med hc</i>	9
<i>piroxicam</i>	42	<i>proctosol hc</i>	9
<i>pitavastatin calcium</i>	7	<i>proctozone-hc</i>	9
PLENAMINE	67	<i>progesterone</i>	23
<i>podofilox</i>	13	PROGRAF	29
<i>polycin</i>	32	PROLASTIN-C	73
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	32	<i>promethazine hcl</i>	52
POMALYST	53	<i>promethazine hydrochloride</i>	52

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	52	<i>repaglinide</i>	70
<i>promethegan</i>	52	REPATHA	7
<i>propafenone hcl</i>	6	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	7
<i>propafenone hydrochloride</i>	6	REPATHA SURECLICK	7
<i>propafenone hydrochloride er</i>	6	RESTASIS	32
<i>propranolol hcl</i>	3	RESTASIS MULTIDOSE	32
<i>propranolol hydrochloride</i>	3	RETACRIT	69
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	RETEVMO	58
<i>propylthiouracil</i>	25	REVCovi	73
PROQUAD	31	REVUFORJ	55
<i>protriptyline hcl</i>	50	REXULTI	62
<i>prucalopride</i>	16	REYATAZ	63
PULMOZYME	35	REZDIFFRA	24
<i>pyrazinamide</i>	52	REZLIDHIA	58
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	REZUROCK	30
<i>pyrimethamine</i>	60	RHOPRESSA	32
PYRUKYND	73	<i>ribavirin</i>	64
PYRUKYND TAPER PACK	73	<i>rifabutin</i>	52
QINLOCK	58	<i>rifampin</i>	52
QUADRACEL	31	<i>riluzole</i>	12
<i>quetiapine fumarate</i>	62	RINVOQ	26
<i>quetiapine fumarate er</i>	62	RINVOQ LQ	26
<i>quinapril hydrochloride</i>	8	<i>risedronate sodium</i>	9
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>risperidone</i>	62
<i>quinidine sulfate</i>	6	<i>risperidone er</i>	62
<i>quinine sulfate</i>	60	<i>risperidone odt</i>	62
QULIPTA	2	<i>ritonavir</i>	63
QVAR REDHALER	37	<i>rivastigmine tartrate</i>	1
RABAVERT	31	<i>rivastigmine transdermal system</i>	1
<i>rabeprazole sodium</i>	18	<i>rivelsa</i>	22
RALDESY	51	RIVFLOZA	39
<i>raloxifene hydrochloride</i>	19	<i>rizatriptan benzoate</i>	1
<i>ramelteon</i>	13	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1
<i>ramipril</i>	8	ROCKLATAN	32
<i>ranolazine er</i>	5	<i>roflumilast</i>	38
<i>rasagiline mesylate</i>	2	ROMVIMZA	58
RAYALDEE	9	<i>ropinirole er</i>	2
REBIF	10	<i>ropinirole hcl</i>	2
REBIF REBIDOSE	10	<i>ropinirole hydrochloride</i>	2
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10	<i>rosuvastatin calcium</i>	7
REBIF TITRATION PACK	10	<i>rosyrah</i>	22
RECOMBIVAX HB	31	ROTARIX	31
RELENZA DISKHALER	64	ROTATEQ	31
RELISTOR	16	<i>roweepra</i>	49
RENFLEXIS	29	ROZLYTREK	58
RENTHYROID	24	RUBRACA	58

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>rufinamide</i>	48	<i>solifenacin succinate</i>	18
RUKOBIA	63	SOLQUA 100/33	70
RYBELSUS	70	SOLTAMOX	54
RYDAPT	58	SOMAVERT	25
RYTARY	3	<i>sorafenib</i>	58
<i>sacubitril/valsartan</i>	5	<i>sorafenib tosylate</i>	58
SANDIMMUNE	30	<i>sotalol hcl</i>	6
SANTYL	13	<i>sotalol hydrochloride</i>	6
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	73	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	6
SAVELLA	10	SPEVIGO	15
SAVELLA TITRATION PACK	10	SPIRIVA RESPIMAT	37
SCSEMBLIX	58	<i>spironolactone</i>	6
<i>scopolamine</i>	52	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	5
SECUADO	62	SPRAVATO 56MG DOSE	49
<i>selegiline hcl</i>	2	SPRAVATO 84MG DOSE	49
<i>selenium sulfide</i>	15	<i>sprintec 28</i>	22
SELZENTRY	63	SPRITAM	49
SEREVENT DISKUS	38	SPS	66
<i>sertraline hcl</i>	51	<i>sronyx</i>	22
<i>sertraline hydrochloride</i>	51	<i>ssd</i>	13
<i>setlakin</i>	22	STAMARIL	31
SFROWASA	9	STELARA	26
<i>sharobel</i>	23	STEQEYMA	26
SHINGRIX	31	STIOLTO RESPIMAT	35
SIGNIFOR	25	STIVARGA	58
<i>sildenafil citrate</i>	36	<i>streptomycin sulfate</i>	42
<i>silodosin</i>	18	STRIBILD	64
<i>silver sulfadiazine</i>	13	SUBVENITE	49
SIMBRINZA	32	<i>subvenite starter kit/blue</i>	49
<i>simliya</i>	22	<i>subvenite starter kit/green</i>	49
<i>simpanse</i>	22	<i>subvenite starter kit/orange</i>	49
<i>simvastatin</i>	7	SUCRAID	73
<i>sirolimus</i>	30	<i>sucrafate</i>	18
SIRTURO	52	<i>sulfacetamide sodium</i>	33
SKYCLARYS	39	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	32
SKYRIZI	26	<i>phosphate</i>	
SKYRIZI PEN	26	<i>sulfadiazine</i>	46
<i>sodium chloride</i>	68	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	46
<i>sodium chloride 0.45%</i>	68	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	46
<i>sodium chloride 0.9%</i>	39	<i>sulfasalazine</i>	9
<i>sodium oxybate</i>	13	<i>sulindac</i>	42
<i>sodium phenylbutyrate</i>	73	<i>sumatriptan</i>	1
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	66	<i>sumatriptan succinate</i>	1
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium</i>	17	<i>sunitinib malate</i>	58
<i>sulfate</i>		SUNLENCA	63
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	64	SUTAB	17

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SYMPAZAN	47	<i>thioridazine hydrochloride</i>	60
SYMTUZA	63	<i>thiothixene</i>	60
SYNJARDY	70	THYROID	25
SYNJARDY XR	70	<i>tiadylt er</i>	4
SYNTHROID	25	<i>tiagabine hydrochloride</i>	47
TABLOID	54	TIBSOVO	59
TABRECTA	58	<i>ticagrelor</i>	68
<i>tacrolimus</i>	15	TICOVAC	31
<i>tacrolimus</i>	30	<i>tigecycline</i>	43
<i>tadalafil</i>	18	<i>timolol maleate</i>	2
<i>tadalafil</i>	36	<i>timolol maleate</i>	31
TAFINLAR	58	<i>tinidazole</i>	43
TAGRISO	59	<i>tiotropium bromide</i>	37
TALZENNA	59	TIVICAY	64
<i>tamoxifen citrate</i>	54	TIVICAY PD	64
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	18	<i>tizanidine hcl</i>	1
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	22	<i>tizanidine hydrochloride</i>	1
TAVNEOS	27	TOBRADEX	33
<i>tazarotene</i>	14	TOBRADEX ST	33
TAZICEF	44	<i>tobramycin</i>	33
<i>taztia xt</i>	4	<i>tobramycin</i>	35
TAZVERIK	59	<i>tobramycin sulfate</i>	42
TDVAX	31	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	33
TEFLARO	44	<i>tolterodine tartrate</i>	18
<i>telmisartan</i>	6	<i>tolterodine tartrate er</i>	18
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>topiramate</i>	49
<i>temazepam</i>	13	<i>topotecan hcl</i>	55
TENIVAC	31	<i>topotecan hydrochloride</i>	55
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	65	<i>toremifene citrate</i>	54
TEPMETKO	59	<i>torpenz</i>	59
<i>terazosin hcl</i>	18	<i>torseamide</i>	8
<i>terazosin hydrochloride</i>	18	TOUJEO MAX SOLOSTAR	72
<i>terbinafine hcl</i>	53	TOUJEO SOLOSTAR	72
<i>terconazole</i>	53	TRADJENTA	70
<i>teriparatide</i>	9	<i>tramadol hydrochloride</i>	41
<i>testosterone</i>	19	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	41
<i>testosterone cypionate</i>	19	<i>trandolapril</i>	8
<i>testosterone enanthate</i>	19	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	5
<i>testosterone pump</i>	19	<i>tranexamic acid</i>	68
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	31	<i>tranylcypromine sulfate</i>	50
<i>tetrabenazine</i>	12	<i>trazodone hydrochloride</i>	51
<i>tetracycline hydrochloride</i>	46	TRECATOR	52
TEVIMBRA	54	TRELEGY ELLIPTA	35
THALOMID	53	TRELSTAR MIXJECT	25
<i>theophylline er</i>	38	TRESIBA	73
		TRESIBA FLEXTOUCH	72

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tretinoin</i>	14	UNITHROID	25
<i>tretinoin</i>	59	<i>urea</i>	14
<i>triamcinolone acetonide</i>	15	<i>ursodiol</i>	17
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	13	<i>ustekinumab</i>	27
<i>triamterene</i>	7	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	64
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	5	VALCHLOR	53
<i>triderm</i>	15	<i>valganciclovir</i>	63
<i>trientine hydrochloride</i>	66	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	63
<i>tri-estarylla</i>	22	<i>valproic acid</i>	49
<i>trifluoperazine hcl</i>	61	<i>valsartan</i>	6
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	61	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>trifluridine</i>	33	VALTOCO 10 MG DOSE	47
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	VALTOCO 15 MG DOSE	47
TRIJARDY XR	71	VALTOCO 20 MG DOSE	47
TRIKAFTA	36	VALTOCO 5 MG DOSE	47
<i>tri-linyah</i>	22	VALTYA 1/35	22
<i>trimethoprim</i>	43	<i>valtya 1/50</i>	23
<i>tri-mili</i>	22	<i>vancomycin hcl</i>	43
<i>trimipramine maleate</i>	50	<i>vancomycin hydrochloride</i>	43
TRINTELLIX	51	VANFLYTA	59
<i>tri-nymyo</i>	22	VAQTA	31
<i>tri-sprintec</i>	22	<i>varenicline starting month</i>	34
TRIUMEQ	65	<i>varenicline tartrate</i>	34
TRIUMEQ PD	65	VARIVAX	31
<i>trivora-28</i>	22	VAXCHORA	31
<i>tri-vylibra</i>	22	VAXELIS	31
<i>tropium chloride</i>	18	VELPHORO	66
<i>tropium chloride er</i>	18	VELTASSA	66
TRULICITY	71	VENCLEXTA	59
TRUMENBA	31	VENCLEXTA STARTING PACK	59
TRUQAP	59	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	51
TRYNGOLZA	7	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	51
TUKYSA	59	VENTAVIS	36
TURALIO	59	VEOPOZ	27
<i>turqoz</i>	22	VEOZAH	12
TWINRIX	31	<i>verapamil hcl</i>	4
TYBOST	63	<i>verapamil hcl er</i>	4
TYENNE	27	<i>verapamil hcl sr</i>	4
TYMLOS	9	<i>verapamil hydrochloride</i>	4
TYPHIM VI	31	<i>verapamil hydrochloride er</i>	4
TYRVAYA	34	<i>verapamil hydrochloride sr</i>	4
UBRELVY	2	VERQUVO	8
UDENYCA	69	VERSACLOZ	61
UDENYCA ONBODY	69	VERZENIO	59
<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	39	V-GO 20	39
<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	39	V-GO 30	39

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
V-GO 40	39	XCOPRI	48
<i>vienva</i>	23	XDEMVY	33
<i>vigabatrin</i>	47	XELJANZ	27
<i>vigadrone</i>	47	XELJANZ XR	27
VIGAFYDE	47	XERMELO	16
<i>vigpoder</i>	47	XIFAXAN	17
<i>vilazodone hydrochloride</i>	51	XIGDUO XR	71
VIMKUNYA	31	XIIDRA	33
<i>vioarele</i>	23	XOFLUZA	64
VIRACEPT	63	XOLAIR	27
VIREAD	65	XOLREMDI	69
VISTOGARD	39	XOSPATA	59
VITRAKVI	59	XPOVIO	59
VIVITROL	34	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	59
VIVOTIF	31	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	59
VIZIMPRO	59	XTAMPZA ER	40
VOCABRIA	64	XTANDI	54
<i>volnea</i>	23	<i>xulane</i>	23
VONJO	55	<i>yargesa</i>	73
VOQUEZNA	17	YF-VAX	31
VOQUEZNA DUAL PAK	43	YONSA	54
VOQUEZNA TRIPLE PAK	43	YUPELRI	37
VORANIGO	55	<i>yuvafem</i>	23
<i>voriconazole</i>	53	<i>zafemy</i>	23
VOSEVI	64	<i>zafirlukast</i>	37
VOWST	17	<i>zaleplon</i>	13
VRAYLAR	62	ZARXIO	69
VUMERITY	10	ZEJULA	59
<i>vyfemla</i>	23	ZELBORAF	59
VYJUVEK	64	ZELVYSIA	73
<i>vylibra</i>	23	<i>zenatane</i>	14
VYNDAMAX	5	ZENPEP	74
VYVGART HYTRULO	2	<i>zidovudine</i>	65
VYVGART HYTRULO	27	<i>ziprasidone hcl</i>	62
VYZULTA	33	<i>ziprasidone mesylate</i>	62
<i>warfarin sodium</i>	69	ZIRGAN	33
WELIREG	73	ZOKINVY	40
<i>wera</i>	23	ZOLINZA	55
WEZLANA	27	<i>zolmitriptan</i>	1
WINREVAIR	36	<i>zolpidem tartrate</i>	13
<i>wixela inhub</i>	35	<i>zolpidem tartrate er</i>	13
WYOST	9	ZONISADE	48
XALKORI	59	<i>zonisamide</i>	48
XARELTO	69	<i>zovia 1/35</i>	23
XARELTO STARTER PACK	69	ZTALMY	47
XATMEP	30	ZURZUVAE	50

ID de formulario: 26225, Versión: 9, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Nombre del medicamento	Página
ZYDELIG	59
ZYKADIA	59
ZYLET	33
ZYPREXA RELPREVV	62

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Navajo: Diné bee yánitłi'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'it'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahit hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjì' 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Chinese Traditional: 如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-446-8331 (TTY: 711).

French: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-446-8331 (Người khuyết tật: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Russian: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-446-8331 (TTY: 711)।

Farsi (Persian):

همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. توجه: 1-800-446-8331 (تله‌نایب: 711) با شماره اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند.

Thai: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル (誰もが利用できるよう配慮された) な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-446-8331 (TTY: 711)。

[illegible]

[illegible]

Este formulario se actualizó el 01/02/2026.

Si tiene alguna pregunta o quiere obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios 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, del 1 de abril al 30 de septiembre; y los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.



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



Un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association