



Formulario de 2025

(Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

Este formulario se aplica a los siguientes planes:

Arizona:

- eternalHealth Horizon (HMO)
- eternalHealth Grand Give Back (HMO)

Massachusetts:

- eternalHealth Forever (HMO)
- eternalHealth Freedom (PPO)
- eternalHealth Give Back (PPO)

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

Identificación de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS: 25380, Número de versión 14

Este formulario fue actualizado el 06/02/2025. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, llame al Servicio de farmacia para miembros de eternalHealth al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite www.eternalHealth.com.

Nota para miembros actuales: este formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a eternalHealth. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a eternalHealth Forever (HMO), eternalHealth Freedom (PPO), eternalHealth Give Back (PPO), eternalHealth Horizon (HMO) y eternalHealth Grand Give Back (HMO).

Este documento incluye la Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está actualizada al 07/01/2025. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la Lista de medicamentos (formulario) por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe utilizar farmacias dentro de la red para utilizar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y, ocasionalmente, durante el año.

¿Qué es el formulario de eternalHealth?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por eternalHealth en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, eternalHealth cubrirá los medicamentos mencionados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de eternalHealth y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo presentar sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden el 1 de enero, pero podemos añadir o quitar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare cuando hacemos estos cambios. Las actualizaciones al formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: www.eternalHealth.com/pharmacy

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos que encuentra a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión determinada de ese medicamento, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior 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 trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).

Si está tomando actualmente el medicamento de marca o producto biológico original, podríamos no avisarle con anticipación que hacemos un cambio inmediato, pero le brindaremos información más adelante sobre los cambios específicos que realizamos.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada "¿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 la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se retira por razones de seguridad o efectividad, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca actualmente en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambos, después de agregar el medicamento correspondiente. Podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de la fecha límite en que el cambio se haga efectivo. Como alternativa, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que está tomando. En el aviso que le proporcionemos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?”

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto al principio del año, no se interrumpirá ni se reducirá la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles en el mismo nivel de costo compartido y sin nuevas restricciones para miembros que los estén tomando por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el formulario del nuevo año de beneficios y busque cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al 07/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por eternalHealth, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Las ediciones del formulario se actualizan y se publican en línea cada mes con todos los cambios correspondientes. Se le notificará en caso de que se produzca un cambio en el formulario que no sea de mantenimiento a mitad de año.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección

El formulario comienza en la tabla de la página 10. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca están enumerados en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 10. Luego busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría consultar, le recomendamos buscar su medicamento en el Índice que empieza en la página 79. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están incluidos en el Índice. Consulte el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento verá el número de la página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que le indica el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

eternalHealth cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Según las leyes estatales, los medicamentos de marca generalmente pueden sustituirse por el medicamento genérico en la farmacia sin necesidad de una nueva receta.

¿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. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, a las alternativas no se les dice productos genéricos, sino productos biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre 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 alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** eternalHealth requiere que usted o el profesional que emite recetas obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación de eternalHealth antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la autorización, es posible que eternalHealth no cubra el medicamento.
- **Restricción de cantidad:** para determinados medicamentos, eternalHealth limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Por ejemplo, eternalHealth brinda 60 unidades por receta de pantoprazol. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o de tres meses.

- **Terapia escalonada:** en algunos casos, eternalHealth requiere que primero intente tratar su afección con determinados medicamentos antes de que otorguemos cobertura a otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección, eternalHealth puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe primero con el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, eternalHealth cubrirá entonces el medicamento B.

Puede conocer si su medicamento tiene algún requisito adicional o límite buscando en el formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Puede pedirle a eternalHealth que haga una excepción a estas restricciones o límites; o solicitarle una lista de otros medicamentos similares que pueden ayudar a tratar su afección. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?” en la página 6 para encontrar 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 llamar primero a Servicios para miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que eternalHealth no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por eternalHealth. Cuando reciba la lista, muéstrela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por eternalHealth.
- Puede solicitar a eternalHealth que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de eternalHealth?

Puede solicitar a eternalHealth que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos cubrir un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos que le entreguemos el medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.

- Puede solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluye autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, eternalHealth limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una restricción de cantidad, puede pedirnos una excepción al límite y cubrir una cantidad mayor.
- Puede pedirnos cubrir un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo a menos que el medicamento este en la categoría de especialidad.

Por lo general, eternalHealth solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el costo compartido más bajo o la aplicación de restricciones no son tan eficaces al tratar su afección o pueden causar efectos médicos adversos.

Usted o el profesional que emite recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de categoría o del formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, el profesional que emite recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su profesional que emite recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que emite recetas solicita una determinación rápida, debemos informarle de una determinación a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que emite recetas.

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

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, puede estar tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O puede que esté 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 emite recetas para solicitar una determinación de cobertura, para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que podamos cubrir el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos hasta para un máximo de 30 días del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtenerlo es limitada, pero lleva más de 90 días siendo miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted solicita una excepción al formulario.

Si usted es un miembro actual y tiene un cambio a un nivel diferente de atención, por ejemplo, que lo admitan o lo den de alta de un centro de atención a largo plazo, se le pueden recetar medicamentos que no están en nuestro formulario o con ciertas restricciones de cobertura. En estos casos, debe hablar con su médico acerca de las terapias alternativas adecuadas disponibles en nuestro formulario. Si no hay terapias alternativas apropiadas en nuestro formulario, usted o su médico pueden utilizar el proceso de excepción del plan. No cubriremos medicamentos que la Parte D de Medicare normalmente no cubre.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de eternalHealth, revise su evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas acerca de eternalHealth. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura para 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 eternalHealth

El siguiente formulario brinda información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por eternalHealth. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que empieza en la página 79.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos con mayúsculas (p. ej. JANUVIA) y los genéricos están escritos en minúscula y cursiva (p. ej. *metformina*).

La información en la columna Requisitos y restricciones le dice si eternalHealth tiene algún requisito especial de cobertura en su medicamento.

B/D = Medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de la circunstancia. Es posible que se necesite información sobre el uso y el lugar del medicamento para determinar su cobertura. Estos medicamentos pueden requerir autorización previa para determinar la cobertura según la Parte B o la Parte D.

PA = Autorización previa. Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, puede usar el proceso de apelación.

PA NSO = Autorización Previa Solo para Nuevos Miembros. La restricción de autorización previa solo se aplica si usted es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

QL = Límites de cantidad. Para determinados medicamentos, nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan brinda 60 comprimidos para 30 días por receta de pantoprazol.

ST = Terapia escalonada. En algunos casos, nuestro plan requiere que primero usted intente tratar su afección con determinados medicamentos antes de que podamos dar cobertura a otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el B tratan su afección, puede que no cubramos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero con el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

ST NSO = Terapia escalonada solo para nuevos miembros. La restricción de terapia escalonada solo se aplica si es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

Categoría del medicamento

Puede identificar en qué categoría está su medicamento consultando la columna "Categoría del medicamento". El siguiente cuadro describe qué tipos de medicamentos están incluidos en cada categoría y cómo pueden cambiar los costos en cada categoría. Llame a nuestro número de servicios farmacéuticos para miembros o vea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Categoría del medicamento	Incluye
Categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos)	La categoría 1 es la que menos paga copago e incluye medicamentos genéricos preferidos.
Categoría 2 (medicamentos genéricos)	La categoría 2 incluye medicamentos genéricos (y algunos medicamentos de marca diferentes a los que se consideran medicamentos genéricos preferidos) cubiertos por un copago de medicamentos genéricos más alto.
Categoría 3 (medicamentos de marca preferencial)	La categoría 3 incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos con el copago de marca más bajo.
Categoría 4 (medicamentos de marca no preferencial)	La categoría 4 incluye medicamentos de marca y ciertos medicamentos genéricos diferentes a los que se consideran medicamentos de marca preferencial al costo de copago de marca más alto.
Categoría 5 (medicamentos de especialidad)	La categoría 5 es la categoría más alta. Contiene medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>ergoloid mesylates tablet</i>	4	
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	QL(30 EA por 30 días); ST
NAMZARIC CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL(30 EA por 30 días); ST
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>memantine hydrochloride tablet</i>	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating</i>	2	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	4	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide solution, tablet</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl</i>	3	QL(9 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan solution</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet</i>	3	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate solution</i>	4	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>droxidopa</i>	5	PA
<i>guanfacine hydrochloride</i>	4	
METHYLDOPA TABLET 250MG, 500MG	4	
<i>midodrine hydrochloride</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
EDARBI	4	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tablet</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tablet</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tablet</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tablet 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxin solution</i>	4	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 200mg, 250mg</i>	4	
MULTAQ	3	
PACERONE TABLET 200MG	2	
PACERONE TABLET 100MG	3	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tablet</i>	4	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tablet</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
<i>fluvastatin</i>	4	
<i>fluvastatin sodium er</i>	4	
<i>lovastatin tablet</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	4	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet</i>	1	
<i>simvastatin tablet</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	4	
<i>cholestyramine packet, powder</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tablet</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tablet</i>	3	
<i>colestipol hydrochloride granules, packet</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
NEXLETOL	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite</i>	4	
REPATHA	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK	3	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet</i>	1	
<i>triamterene capsule</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection, tablet</i>	2	
<i>furosemide tablet</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>furosemide injection</i>	3	
<i>torsemide tablet</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide capsule, tablet</i>	1	
<i>indapamide tablet</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet</i>	1	
<i>captopril tablet</i>	2	
<i>enalapril maleate tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tablet</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	3	QL(30 EA por 30 días)
JARDIANCE	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</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin solution 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	3	QL(30 EA por 30 días); PA
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</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine</i>	3	
<i>febuxostat</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr tablet delayed release 1.2gm</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enema, kit, suppository</i>	4	
SFROWASA	4	
<i>sulfasalazine tablet, tablet delayed release</i>	2	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	5	
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	4	
<i>colocort</i>	4	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg</i>	1	
<i>alendronate sodium tablet 70mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
FORTEO	5	PA
<i>ibandronate sodium</i>	2	QL(1 EA por 28 días)
<i>paricalcitol</i>	3	
PROLIA	4	QL(2 ML por 365 días)
RAYALDEE	5	
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</i>	4	
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	4	QL(1 EA por 28 días)
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide</i>	5	PA
TYMLOS	5	PA
XGEVA	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BETASERON	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABLET 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
REBIF	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF TITRATION PACK	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
VUMERITY	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	QL(14 EA por 365 días); PA
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; (28 Capsules Pack)
ZEPOSIA STARTER KIT CAPSULE THERAPY PACK 0	5	QL(74 EA por 365 días); PA; (37 Capsules Pack)
<i>Agentes de fibromialgia</i>		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SAVELLA	3	QL(60 EA por 30 días)
SAVELLA TITRATION PACK	3	QL(110 EA por 365 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 15mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 10mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule extended release 24 hour 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 18mg, 27mg, 54mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 36mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride tablet</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	4	
<i>Sistema nervioso central, otros</i>		
AUSTEDO	5	QL(120 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA	5	PA
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	3	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
<i>calcipotriene solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil cream 5%</i>	2	QL(40 GM por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorouracil solution</i>	3	
<i>imiquimod cream 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetone ointment</i>	3	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution</i>	3	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
SOTYKTU	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>ssd</i>	2	
<i>urea lotion 40%</i>	4	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
ACCUTANE	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
FINACEA FOAM	3	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan</i>	3	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	3	PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ALA-CORT CREAM 2.5%	2	
<i>alclometasone dipropionate</i>	3	
<i>ammonium lactate cream, lotion</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate cream, lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate ointment</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Última actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone valerate ointment</i>	2	
<i>betamethasone valerate cream, lotion</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate ointment</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel, solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	4	
<i>desonide cream</i>	3	
<i>desonide ointment</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone cream 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone ointment 0.25%</i>	3	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	3	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel, ointment</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide solution</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate cream</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>selenium sulfide</i>	2	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acyclovir ointment 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution</i>	2	PA
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel</i>	2	
<i>ciclopirox shampoo, suspension</i>	3	
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	4	QL(75 ML por 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin pad 2%</i>	3	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>mupirocin ointment</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
<i>mupirocin cream</i>	3	
<i>Pediculicidas/escabidas</i>		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin cream</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tablet 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	3	
<i>loperamide hydrochloride capsule</i>	2	
XERMELO	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose solution</i>	2	
LINZESS	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
MOTEGRITY	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>pegylax</i>	2	
<i>prucalopride</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
RELISTOR TABLET	5	QL(90 EA por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-h</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 30MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 10MG, 15MG, 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl solution</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	4	
<i>peg 3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
SUTAB	3	
<i>trilyte</i>	2	
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	4	
<i>ursodiol tablet</i>	3	
VOWST	5	PA
XIFAXAN TABLET 200MG	4	PA
XIFAXAN TABLET 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine tablet 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl solution</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate injection 0.4mg/2ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole capsule delayed release</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tablet</i>	2	
<i>sucralfate suspension</i>	4	
Agentes genitourinarios		
<i>Agentes de hiperplasia benigna de próstata</i>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride capsule</i>	2	
<i>finasteride tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	4	
<i>tadalafil tablet 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
<i>Agentes genitourinarios, otros</i>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tablet</i>	2	
ELMIRON	5	
<i>Antiespasmódicos, urinario</i>		
GELNIQUE GEL 10%	4	
GEMTESA	4	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate</i>	2	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tablet</i>	3	
<i>desmopressin acetate solution</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENOTROPIN	5	PA
GENOTROPIN MINIQUEL INJECTION 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUEL INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
INCRELEX	5	PA
ISTURISA TABLET 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol capsule</i>	4	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate injection</i>	3	PA
<i>testosterone pump</i>	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>afirmelle</i>	3	
<i>altavera</i>	3	
<i>alyacen 1/35</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	3	
<i>amabelz</i>	4	
<i>amethia</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethia lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst</i>	3	
<i>ashlyna</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela 1/20</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	3	
<i>aurovela fe 1/20</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese lo</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal</i>	3	
<i>chateal eq</i>	3	
CLIMARA PRO	4	
<i>cryselle-28</i>	3	
<i>cyclafem 1/35</i>	3	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	3	
<i>dasetta 1/35</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7</i>	3	
<i>daysee</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla</i>	3	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
DOTTI	4	
<i>elinest</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>enpresse-28</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	4	
<i>estradiol gel 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol cream, oral tablet</i>	2	
<i>estradiol patch weekly</i>	3	
<i>estradiol patch twice weekly, vaginal tablet</i>	4	
ESTRING	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	3	
<i>fayosim</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>feirza 1.5/30</i>	3	
<i>feirza 1/20</i>	3	
<i>femynor</i>	3	
FYAVOLV	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sronyx</i>	3	
<i>tarina fe 1/20</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-lynyah</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem</i>	3	
<i>tri-sprintec</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>trinessa</i>	3	
<i>trivora-28</i>	3	
<i>turqoz</i>	3	
<i>valtya 1/50</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i>	3	
<i>volnea</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>heather</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
LILETTA	3	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate tablet</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate injection</i>	2	QL(1 ML por 90 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>megestrol acetate tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone acetate tablet</i>	2	
<i>norethindrone tablet</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>norlyroc</i>	1	
<i>progesterone capsule</i>	2	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>cortisone acetate</i>	3	
<i>dexamethasone solution, tablet</i>	2	
<i>dexamethasone elixir</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate</i>	2	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tablet</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide injection 10mg/ml</i>	4	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
EUTHYROX	2	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
LEVOXYL	2	
<i>liothyronine sodium</i>	2	
NIVA THYROID	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>np thyroid 120</i>	4	
<i>np thyroid 15</i>	4	
<i>np thyroid 30</i>	4	
<i>np thyroid 60</i>	4	
<i>np thyroid 90</i>	4	
RENTHYROID	4	
SYNTHROID	3	
THYROID	4	
UNITHROID	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes anti tiroideos</i>		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tablet</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
FIRMAGON INJECTION 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>leuprolide acetate</i>	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	4	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX	5	PA NSO
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT	5	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
BENLYSTA	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	5	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	5	QL(1.34 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI	5	PA
KINERET	5	PA
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 75MG/0.83ML	5	PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	5	QL(30 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML	4	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS	5	QL(180 EA por 30 días); PA
VEOPOZ	5	PA
WEZLANA INJECTION 130MG/26ML	5	QL(104 ML por 365 días); PA
WEZLANA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE	5	PA
<i>icatibant acetate</i>	5	PA
<i>sajazir</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	5	PA NSO
BESREMI	5	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	5	PA
CUVITRU INJECTION 8GM/40ML	5	PA
GAMASTAN	3	PA
HIZENTRA	5	PA
HYPERHEP B	4	B/D
PRIVIGEN	5	PA
Inmunosupresores		
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	5	QL(6 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 20MG/0.2ML	5	QL(1 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM CROHNS/UC/HS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM PSORIASIS/UEITIS STARTER	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEITIS	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	4	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG	5	PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4MG	5	B/D
<i>everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	4	B/D
<i>gengraf solution</i>	4	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	5	QL(4 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
INFLECTRA	5	PA
INFLIXIMAB	5	PA
JYLAMVO	5	PA NSO
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tablet</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted</i>	5	B/D
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	5	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACKET	4	B/D
RENFLEXIS	5	PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REZUROCK	5	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION	4	B/D
<i>sirolimus solution, tablet</i>	4	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP	4	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA	3	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	3	
ENGRIX-B	1	B/D
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJECTION 1440ELU/ML	1	
HAVRIX INJECTION 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B	1	B/D
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	B/D
INFANRIX	3	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENTACEL	3	
PREHEVBRIIO	1	B/D
PRIORIX	1	
PROQUAD	3	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	Single-dose vial
RABAVERT	1	B/D
RECOMBIVAX HB	1	B/D
ROTARIX	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC INJECTION 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA INJECTION 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VAXELIS	3	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium solution 4%</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl solution 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate solution 0.25%, 0.5%</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>acetazolamide er</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	2	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tablet</i>	4	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	2	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
COMBIGAN	3	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	3	
CYSTARAN	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	4	
TOBRADEX OINTMENT	4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	4	
XIIDRA	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak ointment</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	3	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ointment</i>	3	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVI	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	2	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
ILEVRO	3	QL(4 ML por 30 días)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%</i>	3	
LOTEMAX SM	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution</i>	1	
LUMIGAN	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI	4	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liquid</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride injection 2mg/2ml</i>	3	
OPVEE	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	2	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film</i>	3	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tablet</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tablet</i>	2	
VIVITROL	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>breynd</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(23.6 GM por 28 días)
BRONCHITOL	5	QL(560 EA por 28 días); PA
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN	5	PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	5	PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes para fibrosis pulmonar</i>		
OFEV	5	PA
<i>pirfenidone</i>	5	PA
<i>Agentes para fibrosis quística</i>		
CAYSTON	5	PA
KALYDECO PACKET	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABLET	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME	5	PA
TOBI PODHALER	5	QL(224 EA por 56 días)
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
<i>Antihipertensivos pulmonares</i>		
ADEMPAS	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	QL(672 EA por 365 días); PA

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tablet</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS	5	QL(270 ML por 30 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>ciproheptadine hydrochloride tablet</i>	4	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	4	QL(1 EA por 30 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>flunisolide solution 0.025%</i>	4	QL(50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium tablet</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable, packet</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	3	
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg	2	
hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg	2	
hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 4mg/ml	4	
hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg	2	
hydromorphone hcl tablet 8mg	4	
hydromorphone hydrochloride dosette	4	
hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 4mg/ml, 50mg/5ml	4	
lorcet	2	
lorcet hd	2	
lorcet plus tablet 325mg; 7.5mg	2	
morphine sulfate oral solution, tablet	3	
morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml	2	
oxycodone hydrochloride solution	3	
oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 5mg	2	
oxycodone hydrochloride tablet 20mg, 30mg	3	
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 5mg	2	
oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	
tramadol hydrochloride/acetaminophen	2	
tramadol hydrochloride tablet 50mg	1	
vicodin hp tablet 300mg; 10mg	4	
Analgésicos		
JOURNAVX	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
celecoxib capsule	2	QL(60 EA por 30 días)
diclofenac potassium tablet 50mg	3	
diclofenac sodium dr	2	
diclofenac sodium er	3	
diclofenac sodium gel 1%	2	QL(1000 GM por 30 días)
diclofenac sodium external solution 1.5%	4	PA
diflunisal tablet 500mg	3	
ec-naproxen tablet delayed release 500mg	4	
etodolac capsule, tablet	3	
flurbiprofen tablet	2	
ibu	1	
ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg	1	
indomethacin er	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet</i>	1	
<i>nabumetone tablet</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 375mg</i>	2	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	3	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	4	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet</i>	3	
<i>piroxicam capsule</i>	3	
<i>sulindac tablet</i>	2	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine-prilocaine-cream base cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	4	PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(150 GM por 30 días); PA
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tablet 30mg, 7.5mg</i>	4	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam concentrate, solution</i>	2	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE	5	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	3	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	3	
HUMATIN	5	
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>paromomycin sulfate</i>	4	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection</i>	4	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm</i>	4	
<i>aztreonam injection 2gm</i>	5	
<i>clindacin etz pledgets</i>	3	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	
<i>daptomycin</i>	5	
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	4	
IMPAVIDO	5	
<i>linezolid tablet</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>linezolid suspension reconstituted</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule</i>	2	
<i>tigecycline</i>	5	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tablet</i>	2	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	3	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>Betalactámico, cefalosporinas</i>		
<i>cefaclor capsule</i>	2	
<i>cefaclor suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil capsule, suspension reconstituted</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection 1gm</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	4	
<i>cefdinir capsule</i>	2	
<i>cefdinir suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime</i>	4	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime capsule</i>	4	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	2	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	3	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin suspension reconstituted</i>	2	
TAZICEF INJECTION 6GM	3	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	3	
TEFLARO	5	
<i>Betalactámico, penicilinas</i>		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin capsule, suspension reconstituted, tablet</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	3	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	2	
<i>nafcilin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>penicillin g sodium</i>	5	
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	
<i>meropenem injection 1gm, 500mg</i>	3	
<i>meropenem injection 2gm</i>	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin packet</i>	2	
<i>azithromycin suspension reconstituted</i>	3	
<i>azithromycin injection 500mg</i>	3	
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	
<i>azithromycin tablet 500mg, 600mg</i>	3	
<i>clarithromycin er</i>	4	
<i>clarithromycin tablet</i>	3	
<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	4	
DIFICID TABLET	5	
<i>erythromycin dr tablet delayed release</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg</i>	3	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin suspension reconstituted 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	3	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet</i>	4	
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	4	
<i>doxy 100</i>	4	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline suspension reconstituted</i>	3	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl capsule 100mg</i>	2	
<i>morgidox 1x100mg capsule</i>	2	
<i>morgidox 2x100mg capsule</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride capsule</i>	3	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	3	
<i>methsuximide</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT	5	PA NSO
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	2	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA NSO
<i>vigadrone</i>	5	PA NSO
VIGAFYDE	3	PA NSO
<i>vigpoder</i>	5	PA NSO
ZTALMY	5	PA NSO
Agentes para los canales de sodio		
APTOM	5	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour</i>	3	
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine suspension, tablet</i>	3	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg</i>	2	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DILANTIN CAPSULE 30MG	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	4	
<i>lacosamide solution, tablet</i>	4	
<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	
<i>oxcarbazepine suspension</i>	4	
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin infatabs</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin tablet chewable, suspension</i>	2	
<i>rufinamide suspension</i>	5	
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	
XCOPRI TABLET	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	4	PA NSO; (12.5mg-25mg)
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	5	PA NSO; (100mg-150mg)
ZONISADE	4	ST NSO
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION, TABLET	5	PA NSO
EPIDIOLEX	5	PA NSO
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION	5	
FYCOMPA TABLET 2MG	4	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt tablet disintegrating 200mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tablet</i>	1	
<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	
<i>levetiracetam er</i>	3	
<i>levetiracetam solution, tablet</i>	2	
<i>levetiracetam tablet disintegrating soluble</i>	4	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra</i>	2	
<i>roweepra xr</i>	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl concentrate</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl solution</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate capsule</i>	4	
Antidepressants		
<i>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</i>		
<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	4	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride capsule delayed release particles 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tablet</i>	1	
<i>escitalopram oxalate solution</i>	3	
FETZIMA	4	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	4	
RALDESY	5	
<i>sertraline hcl tablet</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
<i>Ayudantes para terapia emetogénica</i>		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	4	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<i>Antieméticos, otros</i>		
<i>compro</i>	4	
<i>meclizine hcl tablet</i>	4	
<i>phenadoz</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride tablet</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	4	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
<i>Antimicobacterianos, otros</i>		
<i>dapsone tablet</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
<i>Antituberculosos</i>		
<i>cycloserine</i>	5	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Última actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ethambutol hydrochloride</i>	2	
ISONIAZID INJECTION	4	
<i>isoniazid tablet</i>	1	
<i>isoniazid syrup</i>	4	
PASER	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tablet</i>	3	
<i>rifampin capsule</i>	3	
<i>rifampin injection</i>	4	
SIRTURO	5	
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
<i>Antimicóticos</i>		
ABELCET	4	B/D
<i>amphotericin b</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	4	
<i>clotrimazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole troche</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	3	
<i>fluconazole tablet</i>	2	
<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	3	
<i>flucytosine</i>	5	
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	4	PA
JUBLIA	5	
<i>ketoconazole shampoo, tablet</i>	2	
<i>ketoconazole cream</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nyamyc</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream, ointment, suspension</i>	2	
<i>nystatin powder</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin tablet</i>	3	
<i>nystop</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole</i>	5	PA
<i>posaconazole dr</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole</i>	3	
<i>voriconazole tablet</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>voriconazole suspension reconstituted</i>	5	
<i>voriconazole injection</i>	5	PA
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	4	
<i>cyclophosphamide capsule</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	5	
LEUKERAN	5	
MATULANE	5	
VALCHLOR	5	PA NSO
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO
POMALYST	5	PA NSO
REVLIMID	5	PA NSO
THALOMID	5	PA NSO
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg</i>	4	PA NSO
<i>abiraterone acetate tablet 500mg</i>	5	PA NSO
<i>abirtega</i>	4	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO
EULEXIN	4	
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	5	
NUBEQA	5	PA NSO
XTANDI	5	PA NSO
<i>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</i>		
TEVIMBRA	5	PA NSO
<i>Antiestrógenos/modificadores</i>		
EMCYT	5	
ORSERDU	5	PA NSO
SOLTAMOX	5	
<i>tamoxifen citrate tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	5	
<i>Antimetabolitos</i>		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea capsule</i>	2	
<i>mercaptopurine tablet</i>	3	
<i>mercaptopurine suspension</i>	5	
PURIXAN	5	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TABLOID	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
INREBIC	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	5	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	5	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>leucovorin calcium tablet</i>	3	
LONSURF	5	PA NSO
LYSODREN	5	
OGSIVEO	5	PA NSO
OJEMDA	5	PA NSO
ONUREG	5	PA NSO
PHESGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML	5	PA NSO
REVUFORJ	5	PA NSO
SYNRIBO	5	
TRUSELTIQ	5	PA NSO
VONJO	5	PA NSO
ZOLINZA	5	PA NSO
Complementos del tratamiento		
MESNA TABLET	5	
MESNEX TABLET	5	
VORANIGO TABLET 40MG	5	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	PA NSO
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	5	
<i>topotecan hydrochloride</i>	5	
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tablet</i>	1	
<i>exemestane</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>letrozole</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	5	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	5	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO	5	PA NSO
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA	5	PA NSO
BOSULIF	5	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	5	PA NSO
BRUKINSA	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	5	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	5	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ	5	PA NSO
COPIKTRA	5	PA NSO
COTELLIC	5	PA NSO
DANZITEN	5	PA NSO
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO
DAURISMO	5	PA NSO
ERIVEDGE	5	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	4	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 150mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY	5	
FARYDAK	5	
FOTIVDA	5	PA NSO
FRUZAQLA	5	PA NSO
GAVRETO	5	PA NSO
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GILOTRIF	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
GOMEKLI	5	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	5	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	3	PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	4	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE, SUSPENSION	5	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG, 560MG	5	PA NSO
IMKELDI	5	PA NSO
INLYTA	5	PA NSO
INQOVI	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	5	PA NSO
JAYPIRCA TABLET 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI	5	PA NSO
KOSELUGO	5	PA NSO
KRAZATI	5	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO
LORBRENA	5	PA NSO
LUMAKRAS	5	PA NSO
LYNPARZA TABLET	5	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	5	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST	5	PA NSO
MEKTOVI	5	PA NSO
NERLYNX	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
<i>nilotinib</i>	5	PA NSO
NINLARO	5	PA NSO
ODOMZO	5	PA NSO
OJJAARA	5	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	PA NSO
PEMAZYRE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO
QINLOCK	5	PA NSO
RETEVMO CAPSULE	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	5	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA	5	PA NSO
ROMVIMZA	5	PA NSO
ROZLYTREK	5	PA NSO
RUBRACA	5	PA NSO
RYDAPT	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	5	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib</i>	5	PA NSO
<i>sorafenib tosylate</i>	5	PA NSO
SPRYCEL	5	PA NSO
STIVARGA	5	PA NSO
<i>sunitinib maleate</i>	5	PA NSO
TABRECTA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR	5	PA NSO

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TAGRISSO TABLET 80MG	5	PA NSO
TAGRISSO TABLET 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA	5	PA NSO
TASIGNA	5	PA NSO
TAZVERIK	5	PA NSO
TEPMETKO	5	PA NSO
TIBSOVO	5	PA NSO
<i>torpenz</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP	5	PA NSO
TUKYSA	5	PA NSO
TURALIO	5	PA NSO
VANFLYTA	5	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 50MG	5	PA NSO
VERZENIO	5	PA NSO
VITRAKVI	5	PA NSO
VIZIMPRO	5	PA NSO
XALKORI	5	PA NSO
XOSPATA	5	PA NSO
XPOVIO	5	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO
ZEJULA CAPSULE	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	5	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF	5	PA NSO
ZYDELIG	5	PA NSO
ZYKADIA TABLET	5	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene</i>	5	PA NSO
PANRETIN	5	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet</i>	4	
<i>ivermectin tablet</i>	2	PA
<i>praziquantel tablet</i>	4	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antiprotazoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED	4	
atovaquone	4	
atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg	3	
atovaquone/proguanil hydrochloride	3	
benznidazole	3	
chloroquine phosphate tablet	3	
COARTEM	4	
hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg	2	
mefloquine hydrochloride	2	
nitazoxanide	4	
pentamidine isethionate injection	3	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	3	B/D
primaquine phosphate tablet	3	
pyrimethamine tablet	5	PA
quinine sulfate capsule 324mg	3	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
chlorpromazine hcl tablet	4	
chlorpromazine hydrochloride concentrate, tablet	4	
fluphenazine decanoate injection	4	
fluphenazine hcl concentrate	4	
fluphenazine hydrochloride	4	
haloperidol decanoate injection	3	
haloperidol lactate	3	
haloperidol concentrate	2	
haloperidol tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 5mg	2	
haloperidol tablet 20mg	3	
loxapine	2	
molindone hydrochloride	4	
perphenazine tablet	3	
pimozide	4	
thioridazine hydrochloride	3	
thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg	4	
trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg	3	
trifluoperazine hcl tablet 10mg	4	
trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg	3	
Resistente al tratamiento		
clozapine odt tablet disintegrating 200mg	4	QL(120 EA por 30 días)
clozapine odt tablet disintegrating 150mg	4	QL(180 EA por 30 días)
clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg	4	QL(270 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA	5	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
ARISTADA	5	
ARISTADA INITIO	5	
<i>asenapine maleate sl</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT	5	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA	5	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE	5	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	5	PA NSO
<i>olanzapine odt</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine tablet</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection</i>	4	
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)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS	5	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er injection 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone tablet</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
SECUADO	5	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	4	QL(14 EA por 365 días)
VRAYLAR CAPSULE	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	4	
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG, 405MG	5	
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPSULE	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir capsule 150mg</i>	4	
<i>atazanavir capsule 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 800mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
LEXIVA SUSPENSION	4	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR PACKET	4	QL(360 EA por 30 días)
NORVIR SOLUTION	4	QL(480 ML por 30 días)
PREZCOBIX	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET	5	QL(180 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	2	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tablet</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK	5	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA	5	
DOVATO	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET, TABLET	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
JULUCA	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 10MG	4	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
VOCABRIA	5	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	QL(30 EA por 30 días)
DELSTRIGO	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT PED	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INTELENCE TABLET 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine tablet</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
PIFELTRO	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>abacavir solution</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
CIMDUO	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 167mg; 250mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tablet 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>stavudine capsule</i>	4	
TEMIXYS	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ	5	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIZIVIR	5	QL(60 EA por 30 días)
VIREAD POWDER	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup</i>	3	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
BARACLUDE SOLUTION	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
<i>kionex suspension</i>	3	
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder, suspension</i>	3	
SPS	3	
VELTASSA	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	
CLOVIQUE	5	PA
<i>deferasirox packet</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>penicillamine tablet</i>	5	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate capsule</i>	4	
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate tablet</i>	4	
VELPHORO	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

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

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride sr tablet extended release 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride packet, solution</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% injection</i>	3	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	4	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	2	
DOPTELET	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride</i>	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS STARTER PACK	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>enoxaparin sodium</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XARELTO TABLET 2.5MG	3	QL(360 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
<i>eltrombopag olamine</i>	5	PA
NEULASTA	5	PA
NEULASTA ONPRO KIT	5	PA
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
PROMACTA	5	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION 40000UNIT/ML	5	PA
ROLVEDON	5	PA
UDENYCA	5	PA
UDENYCA ONBODY	5	PA
XOLREMDI	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tablet</i>	2	
BYDUREON BCISE	4	QL(3.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 10MCG/0.04ML	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
BYETTA INJECTION 5MCG/0.02ML	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<i>exenatide injection 10mcg/0.04ml</i>	4	QL(2.4 ML por 28 días); PA
<i>exenatide injection 5mcg/0.02ml</i>	4	QL(4.8 ML por 28 días); PA
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tablet</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
MOUNJARO	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	3	QL(1.5 ML por 28 días); PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	2	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 4MG, 7MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 1.5MG, 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR	3	
TRULICITY	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide suspension</i>	5	
<i>glucagon emergency kit</i>	3	
<i>glucagon emergency kit for low blood sugar injection 1mg</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
Insulinas		
HUMALOG	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LYUMJEV	3	
LYUMJEV KWIKPEN	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN 70/30 RELION	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN N RELION	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	3	
NOVOLIN R RELION	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
NOVOLOG RELION	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	PA
<i>methocarbamol</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er</i>	4	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	
CERDELGA	5	PA
CHOLBAM	5	PA
CREON	3	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
EVRYSDI	5	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME	5	PA
<i>l-glutamine</i>	5	PA
<i>miglustat</i>	5	PA
<i>nitisinone</i>	5	
ONPATTRO	5	PA
PROLASTIN-C	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCovi	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	
SUCRAID	5	PA
TEGSEDI	5	PA
WELIREG	5	PA NSO
<i>yargesa</i>	5	PA
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	71
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	71
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	71
ABELCET	59
ABILIFY MAINTENA	67
<i>abiraterone acetate</i>	60
<i>abirtega</i>	60
ABRYSVO	38
<i>acamprosate calcium dr</i>	42
<i>acarbose</i>	75
ACCUTANE	22
<i>acebutolol hcl</i>	12
<i>acebutolol hydrochloride</i>	12
<i>acetaminophen/codeine</i>	47
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	47
<i>acetazolamide</i>	40
<i>acetazolamide er</i>	40
<i>acetic acid</i>	47
<i>acetic acid 0.25%</i>	26
<i>acitretin</i>	22
ACTHIB	38
ACTIMMUNE	35
<i>acyclovir</i>	24
<i>acyclovir</i>	70
<i>acyclovir sodium</i>	70
ADACEL	38
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	35
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	35
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE KIT	36
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	36
ADALIMUMAB-ADBM	36
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER	36
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UEITIS STARTER	36
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	36
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEITIS	36

Nombre del medicamento	Página
ADBRY	22
<i>adefovir dipivoxil</i>	72
ADEMPAS	43
ADTHYZA	32
ADVAIR HFA	42
<i>afirmelle</i>	27
AIMOVIG	11
AIRSUPRA	42
AKEEGA	61
ALA-CORT	22
<i>albendazole</i>	65
<i>albuterol sulfate</i>	45
<i>albuterol sulfate hfa</i>	45
<i>alclometasone dipropionate</i>	22
ALCOHOL PREP PADS	46
ALECENSA	62
<i>alendronate sodium</i>	17
<i>alfuzosin hcl er</i>	26
ALINIA	66
<i>aliskiren</i>	13
<i>allopurinol</i>	16
<i>alosetron hydrochloride</i>	24
<i>alprazolam</i>	49
<i>altavera</i>	27
ALUNBRIG	62
<i>alyacen 1/35</i>	27
<i>alyacen 7/7/7</i>	27
<i>alyq</i>	43
<i>amabelz</i>	27
<i>amantadine hcl</i>	69
<i>ambrisentan</i>	43
<i>amethia</i>	27
<i>amethia lo</i>	27
<i>amethyst</i>	27
<i>amikacin sulfate</i>	50
<i>amiloride hcl</i>	15
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	13
AMINOSYN II	73
AMINOSYN-PF	73
<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
<i>amitriptyline hcl</i>	56
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	56
<i>amlodipine besylate</i>	12

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	13	<i>aspirin/dipyridamole</i>	74
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	13	<i>aspirin/dipyridamole er</i>	74
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	13	ASTAGRAF XL	36
<i>ammonium lactate</i>	22	<i>atazanavir</i>	68
<i>amnestem</i>	22	<i>atazanavir sulfate</i>	68
<i>amoxapine</i>	56	<i>atenolol</i>	12
<i>amoxicillin</i>	52	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	13
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	51	<i>atomoxetine</i>	19
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	51	<i>atomoxetine hydrochloride</i>	19
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	19	<i>atorvastatin calcium</i>	15
<i>amphotericin b</i>	59	<i>atovaquone</i>	66
<i>amphotericin b liposome</i>	59	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	66
<i>ampicillin</i>	52	<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	66
<i>ampicillin sodium</i>	52	<i>atropine sulfate</i>	40
<i>ampicillin/sulbactam</i>	52	ATROVENT HFA	44
<i>ampicillin-sulbactam</i>	52	<i>aubra eq</i>	27
<i>anagrelide hydrochloride</i>	75	AUGMENTIN	52
<i>anastrozole</i>	61	AUGTYRO	62
ANORO ELLIPTA	42	<i>aurovela 1.5/30</i>	27
<i>aprepitant</i>	58	<i>aurovela 1/20</i>	27
APTOM	54	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	27
APTIVUS	68	<i>aurovela fe 1/20</i>	27
AREXVY	38	AUSTEDO	20
<i>arformoterol tartrate</i>	45	AUSTEDO XR	20
ARIKAYCE	50	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	20
<i>aripiprazole</i>	67	AUVELITY	56
<i>aripiprazole odt</i>	67	<i>aviane</i>	27
ARISTADA	67	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	61
ARISTADA INITIO	67	AVONEX	17
<i>armodafinil</i>	21	AVONEX PEN	17
ARMOUR THYROID	32	<i>ayuna</i>	27
ARNUITY ELLIPTA	44	AYVAKIT	62
<i>asenapine maleate sl</i>	67	<i>azathioprine</i>	36
<i>ashlyna</i>	27	<i>azelaic acid</i>	22
ASMANEX HFA	44	<i>azelastine hcl</i>	39
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	44	<i>azelastine hcl</i>	44
ASMANEX TWISTHALER 14 METERED DOSES	44	<i>azelastine hydrochloride</i>	44
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	44	<i>azithromycin</i>	52
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	44	<i>aztreonam</i>	50
		<i>azurette</i>	28
		<i>bacitracin</i>	41
		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	40
		<i>baclofen</i>	10

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>balsalazide disodium</i>	17	BIVIGAM	35
BALVERSA	62	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	28
<i>balziva</i>	28	<i>blisovi fe 1/20</i>	28
BAQSIMI ONE PACK	76	BOOSTRIX	38
BAQSIMI TWO PACK	76	BOSULIF	62
BARACLUDE	72	BRAFTOVI	62
<i>bcg vaccine</i>	38	BREO ELLIPTA	42
BD INSULIN SYRINGE	46	<i>breyana</i>	42
SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"		BREZTRI AEROSPHERE	42
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	46	<i>briellyn</i>	28
II/0.3ML/31G X 5/16"		BRILINTA	74
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	46	BRIMONIDINE TARTRATE	40
FINE/0.5ML/30G X 12.7MM		<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	40
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	46	<i>brinzolamide</i>	40
FINE/1ML/31G X 8MM		BRIVIACT	55
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-	46	<i>bromfenac sodium</i>	41
FINE/29G X 12.7MM		<i>bromocriptine mesylate</i>	11
<i>bd veo insulin syringe ultra-fine/0.3ml/31g x</i>	46	BRONCHITOL	42
<i>6mm</i>		BRUKINSA	62
<i>bekyree</i>	28	<i>budesonide</i>	17
BELSOMRA	21	<i>budesonide</i>	44
<i>benazepril hydrochloride</i>	16	<i>budesonide er</i>	17
<i>benazepril</i>	13	<i>bumetanide</i>	15
<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>		<i>buprenorphine</i>	47
BENLYSTA	34	<i>buprenorphine hcl</i>	42
<i>benznidazole</i>	66	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	42
<i>benztropine mesylate</i>	11	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	42
BESIVANCE	41	<i>hydrochloride</i>	
BESREMI	35	<i>bupropion hydrochloride</i>	56
<i>betaine anhydrous</i>	78	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	42
<i>betamethasone dipropionate</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	56
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	22	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	56
<i>betamethasone valerate</i>	23	<i>buspirone hcl</i>	49
BETASERON	18	<i>buspirone hydrochloride</i>	49
<i>betaxolol hcl</i>	12	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
<i>betaxolol hcl</i>	39	BYDUREON BCISE	75
<i>bethanechol chloride</i>	26	BYETTA	75
<i>bexarotene</i>	65	CABENUVA	70
BEXSERO	38	<i>cabergoline</i>	33
<i>bicalutamide</i>	60	CABLIVI	74
BICILLIN L-A	52	CABOMETYX	62
BIKTARVY	70	<i>calcipotriene</i>	21
<i>bisoprolol fumarate</i>	12	<i>calcitonin-salmon</i>	17
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>calcitriol</i>	17

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>calcium acetate</i>	72	<i>chateal</i>	28
CALQUENCE	62	<i>chateal eq</i>	28
<i>camila</i>	31	CHEMET	72
<i>camrese</i>	28	<i>chlorhexidine gluconate</i>	21
<i>camrese lo</i>	28	<i>chloroquine phosphate</i>	66
<i>candesartan cilexetil</i>	14	<i>chlorpromazine hcl</i>	66
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	66
CAPLYTA	67	<i>chlorthalidone</i>	16
CAPRELSA	62	CHOLBAM	78
<i>captopril</i>	16	<i>cholestyramine</i>	15
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>cholestyramine light</i>	15
<i>carbamazepine</i>	54	<i>ciclodan</i>	24
<i>carbamazepine er</i>	54	<i>ciclopirox</i>	24
<i>carbidopa</i>	11	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	24
<i>carbidopa/levodopa</i>	11	<i>ciclopirox olamine</i>	24
<i>carbidopa/levodopa er</i>	11	<i>cilostazol</i>	74
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	11	CIMDUO	71
<i>carglumic acid</i>	73	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	17
<i>carteolol hcl</i>	39	CINRYZE	35
<i>cartia xt</i>	12	<i>ciprofloxacin</i>	53
<i>carvedilol</i>	12	<i>ciprofloxacin hcl</i>	53
<i>caspofungin acetate</i>	59	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	41
CAYSTON	43	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	53
<i>cefaclor</i>	51	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	53
<i>cefadroxil</i>	51	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	47
CEFAZOLIN	51	<i>cisplatin</i>	60
<i>cefazolin sodium</i>	51	<i>citalopram hydrobromide</i>	57
<i>cefdinir</i>	51	<i>claravis</i>	22
<i>cefepime</i>	51	<i>clarithromycin</i>	52
<i>cefepime hydrochloride</i>	51	<i>clarithromycin er</i>	52
<i>cefixime</i>	51	CLENPIQ	25
<i>cefotaxime sodium</i>	51	CLIMARA PRO	28
<i>cefotetan</i>	51	<i>clindacin etz pledgets</i>	50
<i>cefoxitin sodium</i>	51	<i>clindamycin hcl</i>	50
<i>cefpodoxime proxetil</i>	51	<i>clindamycin hydrochloride</i>	50
<i>cefprozil</i>	51	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	50
<i>ceftazidime</i>	51	<i>clindamycin phosphate</i>	24
<i>ceftazidime/dextrose</i>	51	<i>clindamycin phosphate</i>	50
<i>ceftriaxone sodium</i>	51	<i>clobazam</i>	53
<i>cefuroxime axetil</i>	51	<i>clobetasol propionate</i>	23
<i>cefuroxime sodium</i>	51	<i>clobetasol propionate e</i>	23
<i>celecoxib</i>	48	<i>clomipramine hydrochloride</i>	56
<i>cephalexin</i>	51	<i>clonazepam</i>	54
CERDELGA	78	<i>clonazepam odt</i>	54

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clonidine</i>	13	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	44
<i>clonidine hydrochloride</i>	13	CYSTAGON	78
<i>clopidogrel</i>	74	CYSTARAN	40
<i>clorazepate dipotassium</i>	49	<i>dalfampridine er</i>	18
<i>clotrimazole</i>	59	<i>danazol</i>	27
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	21	<i>dantrolene sodium</i>	10
CLOVIQUE	72	DANZITEN	62
<i>clozapine</i>	67	<i>dapsone</i>	58
<i>clozapine odt</i>	66	DAPTACEL	38
COARTEM	66	<i>daptomycin</i>	50
COBENFY	20	DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	50
COBENFY STARTER PACK	20	<i>darunavir</i>	68
<i>colchicine</i>	16	<i>dasatinib</i>	62
<i>colesevelam hydrochloride</i>	15	<i>dasetta 1/35</i>	28
<i>colestipol hydrochloride</i>	15	<i>dasetta 7/7/7</i>	28
<i>colistimethate sodium</i>	50	DAURISMO	62
<i>colocort</i>	17	<i>daysee</i>	28
COMBIGAN	40	<i>deblitane</i>	31
COMBIVENT RESPIMAT	42	<i>deferasirox</i>	72
COMETRIQ	62	DELSTRIGO	70
COMPLERA	70	<i>delyla</i>	28
<i>compro</i>	58	<i>demeclocycline hcl</i>	53
<i>constulose</i>	24	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	53
COPIKTRA	62	DENG VAXIA	38
<i>cortisone acetate</i>	32	DEPO-SUBQ PROVERA 104	31
COSENTYX	34	DESCOVY	71
COSENTYX SENSOREADY PEN	34	<i>desipramine hydrochloride</i>	56
COSENTYX UNOREADY	34	<i>desmopressin acetate</i>	26
COTELLIC	62	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	28
CREON	78	<i>desonide</i>	23
<i>cromolyn sodium</i>	39	<i>desoximetasone</i>	23
<i>cromolyn sodium</i>	45	<i>desvenlafaxine er</i>	57
<i>cromolyn sodium</i>	78	<i>dexamethasone</i>	32
<i>cryselle-28</i>	28	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	41
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	46	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	19
CUVITRU	35	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	19
<i>cyclafem 1/35</i>	28	<i>dextrose 5%</i>	73
<i>cyclafem 7/7/7</i>	28	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	73
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	78	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	73
<i>cyclophosphamide</i>	60	DIACOMIT	54
<i>cycloserine</i>	58	<i>diazepam</i>	49
<i>cyclosporine</i>	36	<i>diazepam intensol</i>	49
<i>cyclosporine</i>	40	<i>diazepam rectal gel</i>	54
<i>cyclosporine modified</i>	36	<i>diazoxide</i>	76

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diclofenac potassium</i>	48	<i>doxy 100</i>	53
<i>diclofenac sodium</i>	21	<i>doxycycline</i>	53
<i>diclofenac sodium</i>	41	<i>doxycycline hyclate</i>	21
<i>diclofenac sodium</i>	48	<i>doxycycline hyclate</i>	53
<i>diclofenac sodium dr</i>	48	<i>doxycycline monohydrate</i>	53
<i>diclofenac sodium er</i>	48	DRIZALMA SPRINKLE	57
<i>dicloxacillin sodium</i>	52	<i>dronabinol</i>	58
<i>dicyclomine hcl</i>	25	DROXIA	60
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	25	<i>droxidopa</i>	14
DIFICID	52	DULERA	42
<i>diflunisal</i>	48	<i>duloxetine hydrochloride</i>	57
<i>digitek</i>	14	DUPIXENT	34
<i>digox</i>	14	<i>dutasteride</i>	26
<i>digoxin</i>	14	EASY COMFORT INSULIN	46
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	10	SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"	
DILANTIN	55	EASY COMFORT PEN NEEDLES	46
<i>diltiazem hcl</i>	12	29GX4MM	
<i>diltiazem hcl cd</i>	12	<i>ec-naproxen</i>	48
<i>diltiazem hcl er</i>	12	<i>econazole nitrate</i>	59
<i>diltiazem hydrochloride</i>	12	EDARBI	14
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	12	EDARBYCLOR	13
<i>dilt-xr</i>	12	EDURANT	70
<i>dimethyl fumarate</i>	18	EDURANT PED	70
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	18	<i>efavirenz</i>	70
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	44	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	70
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine</i>	24	<i>fumarate</i>	
<i>sulfate</i>		<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil</i>	70
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	38	<i>fumarate</i>	
<i>pediatric</i>		<i>effer-k</i>	73
<i>disulfiram</i>	42	<i>elinest</i>	28
<i>divalproex sodium dr</i>	54	ELIQUIS	74
<i>divalproex sodium er</i>	54	ELIQUIS STARTER PACK	74
<i>dofetilide</i>	14	ELLA	46
<i>dolishale</i>	28	ELMIRON	26
<i>donepezil hcl</i>	10	<i>eltrombopag olamine</i>	75
<i>donepezil hydrochloride</i>	10	<i>eluryng</i>	28
DOPTLET	74	EMCYT	60
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	40	EMGALITY	11
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	40	EMPAVELI	34
DOTTI	28	EMSAM	56
DOVATO	70	<i>emtricitabine</i>	71
<i>doxazosin mesylate</i>	26	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil</i>	70
<i>doxepin hcl</i>	57	<i>fumarate</i>	
<i>doxepin hydrochloride</i>	57		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	71
<i>tablet 167mg; 250mg</i>	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	71
EMTRIVA	71
<i>emzahh</i>	31
<i>enalapril maleate</i>	16
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	13
ENBREL	36
ENBREL MINI	36
ENBREL SURECLICK	36
<i>endocet</i>	47
ENGERIX-B	38
<i>enilloring</i>	28
<i>enoxaparin sodium</i>	74
<i>enpresse-28</i>	28
<i>entacapone</i>	11
<i>entecavir</i>	72
ENTRESTO	13
<i>enulose</i>	24
ENVARUSUS XR	36
EPIDIOLEX	55
<i>epinephrine</i>	45
<i>epitol</i>	55
<i>eplerenone</i>	14
EPRONTIA	55
<i>ergoloid mesylates</i>	10
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	10
ERIVEDGE	62
ERLEADA	60
<i>erlotinib hydrochloride</i>	62
<i>errin</i>	31
<i>ertapenem sodium</i>	52
<i>ery</i>	24
<i>erythromycin</i>	24
<i>erythromycin</i>	41
<i>erythromycin dr</i>	52
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	22
<i>escitalopram oxalate</i>	57
<i>eslicarbazepine acetate</i>	55
<i>esomeprazole magnesium</i>	25
<i>estarylla</i>	28
<i>estradiol</i>	28
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	28
ESTRING	28

Nombre del medicamento	Página
<i>eszopiclone</i>	21
<i>ethambutol hydrochloride</i>	59
<i>ethosuximide</i>	53
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	28
<i>etodolac</i>	48
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	28
<i>etravirine</i>	70
EUCRISA	23
EULEXIN	60
EUTHYROX	32
<i>everolimus</i>	36
<i>everolimus</i>	62
EVOTAZ	68
EVRYSDI	78
<i>exemestane</i>	61
<i>exenatide</i>	75
EXKIVITY	62
<i>ezetimibe</i>	15
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15
FABRAZYME	78
<i>falmina</i>	28
<i>famciclovir</i>	70
<i>famotidine</i>	25
FANAPT	67
FANAPT TITRATION PACK	67
FARXIGA	16
FARYDAK	62
FASENRA	42
FASENRA PEN	42
<i>fayosim</i>	28
<i>febuxostat</i>	16
<i>feirza 1.5/30</i>	28
<i>feirza 1/20</i>	28
<i>felbamate</i>	55
<i>felodipine er</i>	12
<i>femynor</i>	28
<i>fenofibrate</i>	15
<i>fenofibrate micronized</i>	15
<i>fenofibric acid dr</i>	15
<i>fentanyl</i>	47
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	47
FETZIMA	57
FETZIMA TITRATION PACK	57
FINACEA	22

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>finasteride</i>	26	FYCOMPA	55
<i> fingolimod hydrochloride</i>	18	<i>gabapentin</i>	54
FINTEPLA	55	<i>galantamine hydrobromide</i>	10
FIRMAGON	33	<i>galantamine hydrobromide er</i>	10
FLAREX	41	<i>gallifrey</i>	31
<i>flecainide acetate</i>	14	GAMASTAN	35
<i>fluconazole</i>	59	<i>ganciclovir</i>	69
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	59	GARDASIL 9	38
<i>flucytosine</i>	59	<i>gatifloxacin</i>	41
<i>fludrocortisone acetate</i>	32	<i>gavilyte-c</i>	25
<i>flunisolide</i>	44	<i>gavilyte-g</i>	25
<i>fluocinolone acetonide</i>	23	<i>gavilyte-h</i>	25
<i>fluocinolone acetonide body</i>	23	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	25
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	23	GAVRETO	62
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	23	<i>gefitinib</i>	62
<i>fluocinonide</i>	23	GELNIQUE	26
<i>fluorometholone</i>	41	<i>gemfibrozil</i>	15
<i>fluorouracil</i>	21	GEMTESA	26
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	57	<i>generlac</i>	24
<i>fluphenazine decanoate</i>	66	<i>engraf</i>	36
<i>fluphenazine hcl</i>	66	GENOTROPIN	27
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	66	GENOTROPIN MINIQUICK	27
<i>flurbiprofen</i>	48	<i>gentak</i>	41
<i>flurbiprofen sodium</i>	41	<i>gentamicin sulfate</i>	41
<i>flutamide</i>	60	<i>gentamicin sulfate</i>	50
<i>fluticasone propionate</i>	23	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	50
<i>fluticasone propionate</i>	44	GENVOYA	70
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	43	GILOTRIF	63
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	42	<i>glatiramer acetate</i>	18
<i>fluvastatin</i>	15	GLEOSTINE	60
<i>fluvastatin sodium er</i>	15	<i>glimepiride</i>	75
<i>fluvoxamine maleate</i>	57	<i>glipizide</i>	75
<i>fondaparinux sodium</i>	74	<i>glipizide er</i>	75
<i>formoterol fumarate</i>	45	<i>glipizide xl</i>	75
FORTEO	17	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	75
<i>fosamprenavir calcium</i>	68	<i>glucagon emergency kit</i>	76
<i>fosinopril sodium</i>	16	<i>glucagon emergency kit for low blood sugar</i>	76
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>glyburide</i>	75
FOTIVDA	62	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	75
FRAGMIN	74	<i>glycopyrrolate</i>	25
FRUZAQLA	62	GLYXAMBI	76
<i>furosemide</i>	15	GOMEKLI	63
FUZEON	69	<i>griseofulvin microsize</i>	59
FYAVOLV	28	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	59

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>guanfacine hydrochloride</i>	14	<i>hydrochlorothiazide</i>	16
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	19	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	48
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	76	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	48
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	76	<i>hydrocortisone</i>	17
GVOKE KIT	76	<i>hydrocortisone</i>	23
GVOKE PFS	76	<i>hydrocortisone</i>	32
<i>hailey 1.5/30</i>	29	<i>hydrocortisone valerate</i>	23
<i>hailey fe 1.5/30</i>	29	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	47
<i>hailey fe 1/20</i>	29	<i>hydromorphone hcl</i>	48
<i>halobetasol propionate</i>	23	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	48
<i>haloette</i>	29	<i>hydromorphone hydrochloride dosette</i>	48
<i>haloperidol</i>	66	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	66
<i>haloperidol decanoate</i>	66	<i>hydroxyurea</i>	60
<i>haloperidol lactate</i>	66	<i>hydroxyzine hcl</i>	44
HAVRIX	38	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	44
<i>heather</i>	31	<i>hydroxyzine pamoate</i>	44
<i>heparin sodium</i>	74	HYPERHEP B	35
HEPLISAV-B	38	<i>ibandronate sodium</i>	17
HIBERIX	38	IBRANCE	61
HIZENTRA	35	IBRANCE	63
HUMALOG	76	<i>ibu</i>	48
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	77	<i>ibuprofen</i>	48
HUMALOG KWIKPEN	77	<i>icatibant acetate</i>	35
HUMALOG MIX 50/50	77	<i>iclevia</i>	29
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	77	ICLUSIG	63
HUMALOG MIX 75/25	77	<i>icosapent ethyl</i>	15
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	77	IDHIFA	63
HUMATIN	50	IGALMI	41
HUMIRA	37	ILEVRO	41
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	36	<i>imatinib mesylate</i>	63
DISEASE STARTER PACK		IMBRUVICA	63
HUMIRA PEN	37	<i>imipenem/cilastatin</i>	52
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	37	<i>imipramine hcl</i>	57
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	37	<i>imipramine hydrochloride</i>	57
STARTER PACK		<i>imiquimod</i>	22
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	37	IMKELDI	63
HUMULIN 70/30	77	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	38
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	77	IMPAVIDO	50
HUMULIN N	77	INBRIJA	11
HUMULIN N KWIKPEN	77	<i>incassia</i>	31
HUMULIN R	77	INCRELEX	27
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	77	INCRUSE ELLIPTA	44
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	77	<i>indapamide</i>	16
<i>hydralazine hydrochloride</i>	16	<i>indomethacin</i>	49

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>indomethacin er</i>	48	JAYPIRCA	63
INFANRIX	38	<i>jencycla</i>	31
INFLECTRA	37	JENTADUETO	76
INFLIXIMAB	37	JENTADUETO XR	76
INGREZZA	20	<i>jinteli</i>	29
INLYTA	63	<i>jolessa</i>	29
INQOVI	63	JOURNAVX	48
INREBIC	61	JUBLIA	59
<i>insulin lispro</i>	77	JULUCA	70
INTELENCE	71	<i>junel 1.5/30</i>	29
<i>introvale</i>	29	<i>junel 1/20</i>	29
INVEGA HAFYERA	67	<i>junel fe 1.5/30</i>	29
INVEGA SUSTENNA	67	<i>junel fe 1/20</i>	29
INVEGA TRINZA	67	JYLAMVO	37
IPOL INACTIVATED IPV	38	JYNNEOS	38
<i>ipratropium bromide</i>	45	KALYDECO	43
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	43	<i>kariva</i>	29
<i>irbesartan</i>	14	<i>kelnor 1/35</i>	29
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>kelnor 1/50</i>	29
ISENTRESS	70	KERENDIA	14
ISENTRESS HD	70	KESIMPTA	18
ISONIAZID	59	<i>ketoconazole</i>	59
<i>isosorbide dinitrate</i>	16	<i>ketorolac tromethamine</i>	41
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	13	<i>ketorolac tromethamine</i>	49
<i>hydrochloride</i>		<i>kimidess</i>	29
<i>isosorbide mononitrate</i>	16	KINERET	34
<i>isosorbide mononitrate er</i>	16	KINRIX	38
<i>isotretinoin</i>	22	<i>kionex</i>	72
<i>isradipine</i>	12	KISQALI	63
ISTURISA	27	KISQALI FEMARA 200 DOSE	61
ITOVEBI	61	KISQALI FEMARA 400 DOSE	61
<i>itraconazole</i>	59	KISQALI FEMARA 600 DOSE	61
<i>ivabradine hydrochloride</i>	13	<i>klayesta</i>	59
<i>ivermectin</i>	65	<i>klor-con</i>	73
IWILFIN	61	<i>klor-con 10</i>	73
IXCHIQ	38	<i>klor-con 8</i>	73
IXIARO	38	<i>klor-con m10</i>	73
<i>jaimiess</i>	29	<i>klor-con m15</i>	73
JAKAFI	63	<i>klor-con m20</i>	73
<i>jantoven</i>	74	<i>klor-con sprinkle</i>	73
JANUMET	76	<i>klor-con/ef</i>	73
JANUMET XR	76	KOSELUGO	63
JANUVIA	76	<i>kourzeq</i>	21
JARDIANCE	16	KRAZATI	63

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>kurvelo</i>	29	<i>levetiracetam</i>	55
<i>labetalol hydrochloride</i>	12	<i>levetiracetam er</i>	55
<i>lacosamide</i>	55	<i>levobunolol hcl</i>	39
<i>lactulose</i>	24	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	44
LAGEVRIO	72	<i>levofloxacin</i>	41
<i>lamivudine</i>	71	<i>levofloxacin</i>	53
<i>lamivudine</i>	72	<i>levofloxacin in d5w</i>	53
<i>lamivudine/zidovudine</i>	71	<i>levonest</i>	29
<i>lamotrigine</i>	55	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	29
<i>lamotrigine er</i>	55	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	29
<i>lamotrigine odt</i>	55	<i>levora 0.15/30-28</i>	29
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	55	LEVO-T	32
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	55	<i>levothyroxine sodium</i>	32
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	55	LEVOXYL	32
<i>lansoprazole</i>	25	LEXIVA	68
LANTUS	77	<i>l-glutamine</i>	78
LANTUS SOLOSTAR	77	LIBERVANT	54
<i>lapatinib ditosylate</i>	63	<i>lidocaine</i>	49
<i>larin 1.5/30</i>	29	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	21
<i>larin 1/20</i>	29	<i>lidocaine viscous</i>	21
<i>larin fe 1.5/30</i>	29	<i>lidocaine/prilocaine</i>	49
<i>larin fe 1/20</i>	29	<i>lidocaine-prilocaine-cream base</i>	49
<i>larissia</i>	29	LILETTA	31
<i>latanoprost</i>	41	<i>lillow</i>	29
LAZCLUZE	61	<i>linezolid</i>	50
<i>leflunomide</i>	37	LINZESS	24
<i>lenalidomide</i>	60	<i>liothyronine sodium</i>	32
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	63	<i>lisinopril</i>	16
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	63	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	13
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	63	<i>lithium</i>	41
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	63	<i>lithium carbonate</i>	41
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	63	<i>lithium carbonate er</i>	41
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	63	LIVMARLI	25
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	63	LIVTENCITY	69
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	63	<i>lojaimiess</i>	29
<i>lessina</i>	29	LOKELMA	72
<i>letrozole</i>	62	LONSURF	61
<i>leucovorin calcium</i>	61	<i>loperamide hydrochloride</i>	24
LEUKERAN	60	<i>lopinavir/ritonavir</i>	68
<i>leuprolide acetate</i>	33	<i>lopreeza</i>	29
<i>levalbuterol</i>	45	<i>lorazepam</i>	50
<i>levalbuterol hcl</i>	45	<i>lorazepam intensol</i>	49
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	45	LORBRENA	63
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	45	<i>lorcet</i>	48

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lorcet hd</i>	48	<i>meloxicam</i>	49
<i>lorcet plus</i>	48	<i>memantine hcl titration pak</i>	10
<i>losartan potassium</i>	14	<i>memantine hydrochloride</i>	10
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>memantine hydrochloride er</i>	10
LOTEMAX SM	41	<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	10
<i>lovastatin</i>	15	MENACTRA	38
<i>low-ogestrel</i>	29	MENEST	29
<i>loxapine</i>	66	MENQUADFI	38
<i>lubiprostone</i>	24	MENVEO	38
LUMAKRAS	63	<i>mercaptopurine</i>	60
LUMIGAN	41	<i>meropenem</i>	52
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	33	<i>mesalamine</i>	17
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	33	<i>mesalamine dr</i>	17
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	33	<i>mesalamine er</i>	17
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	33	MESNA	61
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	33	MESNEX	61
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	33	<i>metformin hydrochloride</i>	76
<i>lurasidone hydrochloride</i>	67	<i>metformin hydrochloride er</i>	76
<i>lutra</i>	29	<i>methadone hcl</i>	47
LYBALVI	67	<i>methadone hydrochloride</i>	47
<i>lyleq</i>	31	<i>methadone hydrochloride intensol</i>	47
<i>lyllana</i>	29	<i>methazolamide</i>	40
LYNPARZA	63	<i>methenamine hippurate</i>	50
LYSODREN	61	<i>methimazole</i>	33
LYTGOBI	63	<i>methocarbamol</i>	78
LYUMJEV	77	<i>methotrexate</i>	37
LYUMJEV KWIKPEN	77	<i>methotrexate sodium</i>	37
<i>lyza</i>	31	<i>methsuximide</i>	53
<i>magnesium sulfate</i>	73	METHYLDOPA	14
<i>malathion</i>	24	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	20
<i>maraviroc</i>	69	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	19
<i>marlissa</i>	29	<i>methylprednisolone</i>	32
MARPLAN	56	<i>methylprednisolone dose pack</i>	32
MATULANE	60	<i>metoclopramide hcl</i>	25
<i>matzim la</i>	12	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	25
MAVYRET	69	<i>metolazone</i>	16
MAYZENT	18	<i>metoprolol succinate er</i>	12
MAYZENT STARTER PACK	18	<i>metoprolol tartrate</i>	12
<i>meclizine hcl</i>	58	<i>metronidazole</i>	22
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	31	<i>metronidazole</i>	50
<i>mefloquine hydrochloride</i>	66	<i>metronidazole vaginal</i>	50
<i>megestrol acetate</i>	32	<i>metyrosine</i>	13
MEKINIST	64	<i>mexiletine hydrochloride</i>	14
MEKTOVI	64	<i>microgestin 1.5/30</i>	29

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>microgestin 1/20</i>	29	<i>nafcillin sodium</i>	52
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	30	<i>naloxone hcl</i>	42
<i>microgestin fe 1/20</i>	30	<i>naloxone hydrochloride</i>	42
<i>midodrine hydrochloride</i>	14	<i>naltrexone hydrochloride</i>	42
<i>mifepristone</i>	33	NAMZARIC	10
<i>miglustat</i>	78	<i>naproxen</i>	49
<i>mili</i>	30	<i>naproxen dr</i>	49
<i>mimvey</i>	30	<i>naproxen sodium</i>	49
<i>mimvey lo</i>	30	<i>naratriptan hcl</i>	10
<i>minocycline hcl</i>	53	NATACYN	41
<i>minocycline hydrochloride</i>	53	<i>nateglinide</i>	76
<i>minoxidil</i>	16	NAYZILAM	55
<i>mirtazapine</i>	56	<i>nebivolol hydrochloride</i>	12
<i>mirtazapine odt</i>	56	<i>necon 0.5/35-28</i>	30
<i>misoprostol</i>	26	<i>necon 7/7/7</i>	30
M-M-R II	38	<i>nefazodone hydrochloride</i>	57
<i>modafinil</i>	21	<i>neomycin sulfate</i>	50
<i>moexipril hydrochloride</i>	16	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	40
<i>molindone hydrochloride</i>	66	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	40
<i>mometasone furoate</i>	23	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	40
<i>mometasone furoate</i>	44	<i>one</i>	
<i>mondoxylene nl</i>	53	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	40
<i>mono-lynyah</i>	30	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	40
<i>mononessa</i>	30	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	47
<i>montelukast sodium</i>	44	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	47
<i>morgidox 1x100mg</i>	53	<i>neo-polycin</i>	40
<i>morgidox 2x100mg</i>	53	<i>neo-polycin hc</i>	40
<i>morphine sulfate</i>	48	NERLYNX	64
<i>morphine sulfate er</i>	47	NEULASTA	75
MOTEGRITY	24	NEULASTA ONPRO KIT	75
MOUNJARO	76	<i>nevirapine</i>	71
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	53	<i>nevirapine er</i>	71
<i>hydrochloride</i>		NEXLETOL	15
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	41	NEXLIZET	15
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	53	NEXPLANON	32
MRESVIA	38	<i>niacin er</i>	15
MULTAQ	14	NICOTROL NS	42
<i>mupirocin</i>	24	<i>nifedipine er</i>	12
<i>mycophenolate mofetil</i>	37	<i>nilotinib</i>	64
<i>mycophenolic acid dr</i>	37	<i>nilutamide</i>	60
<i>myorisan</i>	22	<i>nimodipine</i>	12
MYRBETRIQ	26	NINLARO	64
<i>nabumetone</i>	49	<i>nitazoxanide</i>	66
<i>nadolol</i>	12	<i>nitisinone</i>	78

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NITRO-BID	16	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	77
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	50	FLEXPEN RELION	
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	50	NOVOLOG MIX 70/30 RELION	77
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	50	NOVOLOG PENFILL	77
<i>nitroglycerin</i>	16	NOVOLOG RELION	77
<i>nitroglycerin</i>	25	<i>np thyroid 120</i>	33
<i>nitroglycerin transdermal</i>	16	<i>np thyroid 15</i>	33
NIVA THYROID	32	<i>np thyroid 30</i>	33
<i>nizatidine</i>	25	<i>np thyroid 60</i>	33
<i>nora-be</i>	32	<i>np thyroid 90</i>	33
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	30	NUBEQA	60
<i>norethindrone</i>	32	NUCALA	43
<i>norethindrone acetate</i>	32	NUDEXTA	20
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	30	NUPLAZID	67
<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	30	NUTRILIPID	46
<i>estradiol/ferrous fumarate</i>		<i>nyamyc</i>	59
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	30	<i>nylia 1/35</i>	30
<i>norlyda</i>	32	<i>nylia 7/7/7</i>	30
<i>norlyroc</i>	32	<i>nymyo</i>	30
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	30	<i>nystatin</i>	59
<i>nortrel 1/35</i>	30	<i>nystatin/triamcinolone</i>	22
<i>nortrel 7/7/7</i>	30	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	22
<i>nortriptyline hcl</i>	57	<i>nystop</i>	59
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	57	<i>octreotide acetate</i>	33
NORVIR	68	ODEFSEY	71
NOVOLIN 70/30	77	ODOMZO	64
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	77	OFEV	43
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	77	<i>ofloxacin</i>	41
NOVOLIN 70/30 RELION	77	<i>ofloxacin</i>	47
NOVOLIN N	77	OGSIVEO	61
NOVOLIN N FLEXPEN	77	OJEMDA	61
NOVOLIN N FLEXPEN RELION	77	OJJAARA	64
NOVOLIN N RELION	77	<i>olanzapine</i>	67
NOVOLIN R	77	<i>olanzapine odt</i>	67
NOVOLIN R FLEXPEN	77	<i>olmesartan medoxomil</i>	14
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	77	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	13
NOVOLIN R RELION	77	<i>olopatadine hydrochloride</i>	39
NOVOLOG	77	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	15
NOVOLOG FLEXPEN	77	<i>omeprazole</i>	26
NOVOLOG FLEXPEN RELION	77	<i>omeprazole dr</i>	25
NOVOLOG MIX 70/30	77	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	46
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	77	(GEN 5)	
FLEXPEN		OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	46
		(GEN 5)	

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	46	OTEZLA	22
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	46	OTEZLA	34
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	46	<i>oxacillin sodium</i>	52
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	46	<i>oxaprozin</i>	49
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	46	<i>oxcarbazepine</i>	55
KIT (GEN 3)		<i>oxybutynin chloride</i>	26
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	46	<i>oxybutynin chloride er</i>	26
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	46	<i>oxycodone hydrochloride</i>	48
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	46	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	48
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	46	OZEMPIC	76
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	46	PACERONE	14
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	46	<i>paliperidone er</i>	67
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	46	PANRETIN	65
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	46	<i>pantoprazole sodium</i>	26
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	46	<i>paricalcitol</i>	17
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	46	<i>paroex</i>	21
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	46	<i>paromomycin sulfate</i>	50
<i>ondansetron hcl</i>	58	<i>paroxetine hcl</i>	57
<i>ondansetron hydrochloride</i>	58	<i>paroxetine hydrochloride</i>	57
<i>ondansetron odt</i>	58	PASER	59
ONPATTRO	78	PAXLOVID	72
ONUREG	61	<i>pazopanib hydrochloride</i>	64
OPIPZA	67	PEDIARIX	38
OPSUMIT	43	PEDVAX HIB	38
OPVEE	42	<i>peg 3350/electrolytes</i>	25
<i>oralone dental paste</i>	21	<i>peg-3350/electrolytes</i>	25
ORENCIA	34	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	25
ORENCIA	37	PEGASYS	35
ORENCIA CLICKJECT	34	PEGASYS	37
ORENITRAM	44	<i>pegylax</i>	24
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	43	PEMAZYRE	64
1		PENBRAYA	38
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	43	<i>penicillamine</i>	72
2		<i>penicillin g sodium</i>	52
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44	<i>penicillin v potassium</i>	52
3		PENTACEL	39
ORGOVYX	33	<i>pentamidine isethionate</i>	66
ORKAMBI	43	<i>pentoxifylline er</i>	13
<i>orphenadrine citrate er</i>	78	<i>perindopril erbumine</i>	16
ORSERDU	60	<i>periogard</i>	21
<i>orsythia</i>	30	<i>permethrin</i>	24
<i>oseltamivir phosphate</i>	69	<i>perphenazine</i>	66
OSMOLEX ER	11	PERSERIS	68
OSPHENA	27	<i>phenadoz</i>	58

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>phenelzine sulfate</i>	56	<i>praziquantel</i>	65
<i>phenobarbital</i>	54	<i>prazosin hydrochloride</i>	12
PHENYTEK	55	<i>prednisolone</i>	32
<i>phenytoin</i>	55	<i>prednisolone acetate</i>	41
<i>phenytoin infatabs</i>	55	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32
<i>phenytoin sodium extended</i>	55	<i>prednisone</i>	32
PHESGO	61	<i>pregabalin</i>	54
<i>philith</i>	30	PREHEVBRIIO	39
PIFELTRO	71	PREMARIN	30
<i>pilocarpine hcl</i>	40	<i>premium lidocaine</i>	49
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	21	PREMPHASE	30
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	40	PREMPRO	30
<i>pimecrolimus</i>	23	<i>prenatal</i>	74
<i>pimozide</i>	66	<i>prevalite</i>	15
<i>pimtrea</i>	30	<i>previfem</i>	30
<i>pindolol</i>	12	PREVYMIS	69
<i>pioglitazone hcl</i>	76	PREZCOBIX	68
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	76	PREZISTA	68
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	76	PRIFTIN	59
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	52	<i>primaquine phosphate</i>	66
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	64	<i>primidone</i>	54
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	64	PRIORIX	39
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	64	PRIVIGEN	35
<i>pirfenidone</i>	43	PROAIR RESPICLICK	45
<i>pirmella 1/35</i>	30	<i>probenecid</i>	17
<i>pirmella 7/7/7</i>	30	<i>probenecid/colchicine</i>	17
<i>piroxicam</i>	49	<i>prochlorperazine</i>	58
<i>pitavastatin calcium</i>	15	<i>prochlorperazine maleate</i>	58
PLENAMINE	73	PROCRT	75
<i>podofilox</i>	22	<i>procto-med hc</i>	17
<i>polycin</i>	40	<i>proctosol hc</i>	17
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	40	<i>proctozone-hc</i>	17
POMALYST	60	<i>progesterone</i>	32
<i>portia-28</i>	30	PROGRAF	37
<i>posaconazole</i>	59	PROLASTIN-C	78
<i>posaconazole dr</i>	59	PROLIA	17
<i>potassium chloride</i>	74	PROMACTA	75
<i>potassium chloride er</i>	73	<i>promethazine hcl</i>	58
<i>potassium chloride sr</i>	74	<i>promethazine hydrochloride</i>	58
<i>potassium citrate er</i>	74	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	58
PRALUENT	15	<i>promethegan</i>	58
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11	<i>propafenone hcl</i>	14
<i>prasugrel hydrochloride</i>	74	<i>propafenone hydrochloride</i>	14
<i>pravastatin sodium</i>	15	<i>propafenone hydrochloride er</i>	14

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>propranolol hcl</i>	12	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	15
<i>propranolol hydrochloride</i>	12	REPATHA SURECLICK	15
<i>propranolol hydrochloride er</i>	12	RESTASIS	40
<i>propylthiouracil</i>	33	RESTASIS MULTIDOSE	40
PROQUAD	39	RETACRIT	75
<i>protriptyline hcl</i>	57	RETEVMO	64
<i>prucalopride</i>	24	REVCovi	78
PULMOZYME	43	REVLIMID	60
PURIXAN	60	REVUFORJ	61
<i>pyrazinamide</i>	59	REXULTI	68
<i>pyridostigmine bromide</i>	11	REYATAZ	68
<i>pyrimethamine</i>	66	REZLIDHIA	64
PYRUKYND	78	REZUROCK	38
PYRUKYND TAPER PACK	78	RHOPRESSA	40
QINLOCK	64	<i>ribavirin</i>	69
QUADRACEL	39	<i>rifabutin</i>	58
<i>quetiapine fumarate</i>	68	<i>rifampin</i>	59
<i>quetiapine fumarate er</i>	68	<i>riluzole</i>	20
<i>quinapril hydrochloride</i>	16	RINVOQ	34
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	13	RINVOQ LQ	34
<i>quinidine sulfate</i>	14	<i>risedronate sodium</i>	17
<i>quinine sulfate</i>	66	<i>risperidone</i>	68
QULIPTA	11	<i>risperidone er</i>	68
QVAR REDIHALER	44	<i>risperidone odt</i>	68
RABAVERT	39	<i>ritonavir</i>	69
<i>rabeprazole sodium</i>	26	<i>rivastigmine tartrate</i>	10
RALDESY	57	<i>rivastigmine transdermal system</i>	10
<i>raloxifene hydrochloride</i>	27	<i>rivelsa</i>	30
<i>ramelteon</i>	21	RIVFLOZA	46
<i>ramipril</i>	16	<i>rizatriptan benzoate</i>	10
<i>ranolazine er</i>	13	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	10
<i>rasagiline mesylate</i>	11	ROCKLATAN	40
RAYALDEE	17	<i>roflumilast</i>	46
REBIF	18	ROLVEDON	75
REBIF REBIDOSE	18	ROMVIMZA	64
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	18	<i>ropinirole er</i>	11
REBIF TITRATION PACK	18	<i>ropinirole hcl</i>	11
RECOMBIVAX HB	39	<i>ropinirole hydrochloride</i>	11
RELENZA DISKHALER	69	<i>rosadan</i>	22
RELISTOR	24	<i>rosuvastatin calcium</i>	15
RENFLXIS	37	<i>rosyrah</i>	30
RENTHYROID	33	ROTARIX	39
<i>repaglinide</i>	76	ROTATEQ	39
REPATHA	15	<i>roweepra</i>	55

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>roweepra xr</i>	55	<i>sodium oxybate</i>	21
ROZLYTREK	64	<i>sodium phenylbutyrate</i>	78
RUBRACA	64	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	72
<i>rufinamide</i>	55	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	25
RUKOBIA	69	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	70
RYBELSUS	76	<i>solifenacin succinate</i>	26
RYDAPT	64	SOLQUA 100/33	76
RYTARY	11	SOLTAMOX	60
<i>sajazir</i>	35	SOMAVERT	33
SANDIMMUNE	38	<i>sorafenib</i>	64
SANTYL	22	<i>sorafenib tosylate</i>	64
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	78	<i>sorine</i>	14
SAVELLA	19	<i>sotalol hcl</i>	14
SAVELLA TITRATION PACK	19	<i>sotalol hydrochloride</i>	14
SCSEMBLIX	64	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	14
<i>scopolamine</i>	58	SOTYKTU	22
SECUADO	68	SPEVIGO	23
<i>selegiline hcl</i>	11	SPIRIVA RESPIMAT	45
<i>selenium sulfide</i>	23	<i>spironolactone</i>	14
SELZENTRY	69	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	13
SEREVENT DISKUS	45	SPRAVATO 56MG DOSE	56
<i>sertraline hcl</i>	57	SPRAVATO 84MG DOSE	56
<i>sertraline hydrochloride</i>	58	<i>sprintec 28</i>	30
<i>setlakin</i>	30	SPRITAM	56
<i>sevelamer carbonate</i>	72	SPRYCEL	64
SFROWASA	17	SPS	72
<i>sharobel</i>	32	<i>sronyx</i>	31
SHINGRIX	39	<i>ssd</i>	22
SIGNIFOR	33	STAMARIL	39
<i>sildenafil citrate</i>	44	<i>stavudine</i>	71
<i>silodosin</i>	26	STEQEYMA	35
<i>silver sulfadiazine</i>	22	STIOLTO RESPIMAT	43
SIMBRINZA	40	STIVARGA	64
<i>simliya</i>	30	<i>streptomycin sulfate</i>	50
<i>simpesse</i>	30	STRIBILD	70
<i>simvastatin</i>	15	<i>subvenite</i>	56
<i>sirolimus</i>	38	<i>subvenite starter kit/blue</i>	56
SIRTURO	59	<i>subvenite starter kit/green</i>	56
SKYCLARYS	47	<i>subvenite starter kit/orange</i>	56
SKYRIZI	34	SUCRAID	78
SKYRIZI PEN	34	<i>sucrafate</i>	26
<i>sodium chloride</i>	74	<i>sulfacetamide sodium</i>	41
<i>sodium chloride 0.45%</i>	74		
<i>sodium chloride 0.9%</i>	47		

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	40
<i>sulfadiazine</i>	53
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	53
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	53
<i>sulfasalazine</i>	17
<i>sulindac</i>	49
<i>sumatriptan</i>	10
<i>sumatriptan succinate</i>	10
<i>sunitinib malate</i>	64
SUNLENCA	69
SUTAB	25
SYMPAZAN	54
SYMTUZA	69
SYNJARDY	76
SYNJARDY XR	76
SYNRIBO	61
SYNTHROID	33
TABLOID	61
TABRECTA	64
<i>tacrolimus</i>	23
<i>tacrolimus</i>	38
<i>tadalafil</i>	26
<i>tadalafil</i>	44
TAFINLAR	64
TAGRISO	65
TALZENNA	65
<i>tamoxifen citrate</i>	60
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	26
<i>tarina fe 1/20</i>	31
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	31
TASIGNA	65
TAVNEOS	35
<i>tazarotene</i>	22
TAZICEF	51
<i>taztia xt</i>	12
TAZVERIK	65
TDVAX	39
TEFLARO	51
TEGSEDI	78
<i>telmisartan</i>	14
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>temazepam</i>	21
TEMIXYS	71

Nombre del medicamento	Página
TENIVAC	39
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	71
TEPMETKO	65
<i>terazosin hcl</i>	26
<i>terazosin hydrochloride</i>	26
<i>terbinafine hcl</i>	59
<i>terconazole</i>	59
<i>teriparatide</i>	17
<i>testosterone</i>	27
<i>testosterone cypionate</i>	27
<i>testosterone enanthate</i>	27
<i>testosterone pump</i>	27
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	39
<i>tetrabenazine</i>	20
<i>tetracycline hydrochloride</i>	53
TEVIMBRA	60
THALOMID	60
<i>theophylline er</i>	46
<i>thioridazine hydrochloride</i>	66
<i>thiothixene</i>	66
THYROID	33
<i>tiadylt er</i>	12
<i>tiagabine hydrochloride</i>	54
TIBSOVO	65
TICOVAC	39
<i>tigecycline</i>	50
<i>timolol maleate</i>	11
<i>timolol maleate</i>	39
<i>tinidazole</i>	51
<i>tiotropium bromide</i>	45
TIVICAY	70
TIVICAY PD	70
<i>tizanidine hcl</i>	10
<i>tizanidine hydrochloride</i>	10
TOBI PODHALER	43
TOBRADEX	40
TOBRADEX ST	40
<i>tobramycin</i>	41
<i>tobramycin</i>	43
<i>tobramycin sulfate</i>	50
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	40
<i>tolterodine tartrate</i>	26
<i>tolterodine tartrate er</i>	26

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>topiramate</i>	56	TRINTELLIX	58
<i>topotecan hcl</i>	61	<i>tri-nymyo</i>	31
<i>topotecan hydrochloride</i>	61	<i>tri-previfem</i>	31
<i>toremifene citrate</i>	60	<i>tri-sprintec</i>	31
<i>torpenz</i>	65	TRIUMEQ	71
<i>torsemide</i>	16	TRIUMEQ PD	71
TOUJEO MAX SOLOSTAR	77	<i>trivora-28</i>	31
TOUJEO SOLOSTAR	77	<i>tri-vylibra</i>	31
TRADJENTA	76	TRIZIVIR	71
<i>tramadol hydrochloride</i>	48	<i>trospium chloride</i>	26
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	48	<i>trospium chloride er</i>	26
<i>trandolapril</i>	16	TRULICITY	76
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	13	TRUMENBA	39
<i>tranexamic acid</i>	74	TRUQAP	65
<i>tranlycypromine sulfate</i>	56	TRUSELTIQ	61
<i>trazodone hydrochloride</i>	58	TRYNGOLZA	15
TRECATOR	59	TUKYSA	65
TRELEGY ELLIPTA	43	<i>tulana</i>	32
TRELSTAR MIXJECT	34	TURALIO	65
TRESIBA	78	<i>turqoz</i>	31
TRESIBA FLEXTOUCH	78	TWINRIX	39
<i>tretinoin</i>	22	TYBOST	69
<i>tretinoin</i>	65	TYMLOS	17
<i>tri femynor</i>	31	TYPHIM VI	39
<i>triamcinolone acetonide</i>	23	TYRVAYA	42
<i>triamcinolone acetonide</i>	32	UBRELVY	11
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	21	UDENYCA	75
<i>triamterene</i>	15	UDENYCA ONBODY	75
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>ulticare micro pen needles/32g x 5/32"</i>	47
<i>triderm</i>	23	<i>unifine pentips 32gx6mm</i>	47
<i>trientine hydrochloride</i>	72	UNITHROID	33
<i>tri-estarylla</i>	31	<i>urea</i>	22
<i>trifluoperazine hcl</i>	66	<i>ursodiol</i>	25
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	66	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	70
<i>trifluridine</i>	41	VALCHLOR	60
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	11	<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	69
TRIJARDY XR	76	<i>valganciclovir hydrochloride solution</i>	69
TRIKAFTA	43	<i>50mg/ml</i>	
<i>tri-lynyah</i>	31	<i>valproic acid</i>	56
<i>trilyte</i>	25	<i>valsartan</i>	14
<i>trimethoprim</i>	51	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>tri-mili</i>	31	VALTOCO 10 MG DOSE	54
<i>trimipramine maleate</i>	57	VALTOCO 15 MG DOSE	54
<i>trinessa</i>	31	VALTOCO 20 MG DOSE	54

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VALTOCO 5 MG DOSE	54	VIVITROL	42
<i>valtya 1/50</i>	31	VIVOTIF	39
<i>vancomycin hcl</i>	51	VIZIMPRO	65
<i>vancomycin hydrochloride</i>	51	VOCABRIA	70
VANFLYTA	65	<i>volnea</i>	31
VAQTA	39	VONJO	61
<i>varenicline starting month</i>	42	VORANIGO	61
<i>varenicline tartrate</i>	42	<i>voriconazole</i>	59
VARIVAX	39	VOSEVI	70
VAXCHORA	39	VOWST	25
VAXELIS	39	VRAYLAR	68
VELPHORO	72	VUMERITY	18
VELTASSA	72	<i>vyfemla</i>	31
VENCLEXTA	65	VYJUVEK	70
VENCLEXTA STARTING PACK	65	<i>vylibra</i>	31
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	58	VYNDAMAX	13
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	58	VYZULTA	41
VENTAVIS	44	<i>warfarin sodium</i>	74
VEOPOZ	35	WELIREG	78
VEOZAH	21	<i>wera</i>	31
<i>verapamil hcl</i>	13	WEZLANA	35
<i>verapamil hcl er</i>	12	<i>wixela inhub</i>	43
<i>verapamil hcl sr</i>	12	XALKORI	65
<i>verapamil hydrochloride</i>	13	XARELTO	74
<i>verapamil hydrochloride er</i>	13	XARELTO STARTER PACK	74
VERQUVO	16	XATMEP	38
VERSACLOZ	67	XCOPRI	55
VERZENIO	65	XDEMVEY	41
V-GO 20	47	XELJANZ	35
V-GO 30	47	XELJANZ XR	35
V-GO 40	47	XERMELO	24
<i>vicodin hp</i>	48	XGEVA	17
<i>vienva</i>	31	XIFAXAN	25
<i>vigabatrin</i>	54	XIGDUO XR	76
<i>vigadrone</i>	54	XIIDRA	40
VIGAFYDE	54	XOFLUZA	69
<i>vigpoder</i>	54	XOLAIR	35
<i>vilazodone hydrochloride</i>	58	XOLREMDI	75
VIMKUNYA	39	XOSPATA	65
<i>violele</i>	31	XPOVIO	65
VIRACEPT	69	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	65
VIREAD	71	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	65
VISTOGARD	47	XTAMPZA ER	47
VITRAKVI	65	XTANDI	60

ID de formulario: 25380, Versión: 14, Fecha efectiva: 07/01/2025

Ultima actualización: 06/02/2025

Nombre del medicamento	Página
<i>xulane</i>	31
<i>yargesa</i>	78
YF-VAX	39
YUPELRI	45
<i>yuvaferm</i>	31
<i>zafemy</i>	31
<i>zafirlukast</i>	44
<i>zaleplon</i>	21
ZARXIO	75
ZEJULA	65
ZELBORAF	65
<i>zenatane</i>	22
ZENPEP	78
ZEPOSIA	18
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	18
ZEPOSIA STARTER KIT	18
<i>zidovudine</i>	71
<i>ziprasidone hcl</i>	68
<i>ziprasidone mesylate</i>	68
ZIRGAN	41
ZOKINVY	47
ZOLINZA	61
<i>zolmitriptan</i>	10
<i>zolpidem tartrate</i>	21
<i>zolpidem tartrate er</i>	21
ZONISADE	55
<i>zonisamide</i>	55
<i>zovia 1/35</i>	31
<i>zovia 1/35e</i>	31
ZTALMY	54
ZURZUVAE	56
ZYDELIG	65
ZYKADIA	65
ZYLET	40
ZYPREXA RELPREVV	68

Aviso de no discriminación: la discriminación es ilegal

eternalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo. eternalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo.

eternalHealth:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para los miembros de eternalHealth al **1-800-680-4568 (TTY 711)** Si cree que eternalHealth no cumplió con estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

eternalHealth (correo postal)

eternalHealth, Inc.
eH Privacy Officer
C/O Appeals & Grievances
PO Box 1377
Westborough, MA 01581

eternalHealth (teléfono/fax)

Número de teléfono local: 617-684-2348 (TTY 711)
Número de teléfono gratuito: 1-800-680-4568 (TTY 711)

eternalHealth (en persona)

eternalHealth, Inc.
31 St. James Ave, Suite 950
Boston, MA 02116

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para interponer un reclamo, el Servicio para los miembros de eternalHealth está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 891-6989 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 891-6989 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 891-6989 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 891-6989 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (800) 891-6989 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1 (800) 891-6989 (TTY 711) पर फोन करें। यह एक मुफ्त सेवा है। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1 (800) 891-6989 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



Este formulario se actualizó el 06/02/2025. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, llame al Servicio para los miembros de eternalHealth al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite www.eternalhealth.com.