



2026

FORMULARIO COMPLETO

Lista de medicamentos cubiertos

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS
EN ESTE PLAN.

ID de formulario: 26451 Versión: 6

Este formulario se actualizó el 08/08/2025. Para más información o otras preguntas,
comuníquese con *OptumRx* al 1-800-707-8194 (los usuarios de TTY deben llamar al
711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite
www.kelseycareadvantage.com.

1-866-535-8343 (TTY:711)

KelseyCareAdvantage.com

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y KelseyCare Advantage Signature (HMO). Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a KelseyCare Advantage.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada a partir de 08/08/2025. Para obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de KelseyCare Advantage?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por KelseyCare Advantage 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, KelseyCare Advantage cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médica mente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de KelseyCare Advantage y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por KelseyCare Advantage, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos del formulario durante el año, los traslademos a diferentes niveles de costos compartidos o agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.KelseyCareAdvantage.com.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en el más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.

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

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio

inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de KelseyCare Advantage?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la siguiente sección 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, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente está 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 un medicamento correspondiente. Es posible que eliminemos un medicamento de marca del formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o que eliminemos un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel diferente de costos compartidos, o ambos. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro de 3 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de KelseyCare Advantage?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2026, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirás una notificación directa sobre cambios que no te afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante revisar el formulario para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir de 08/08/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por KelseyCare Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. También puede comunicarse con nosotros para enviarle una copia del Anexo del Formulario.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Dolencia

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría CARDIOVASCULAR. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en el número de página 1. A continuación, busque el nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en el índice número de 64. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

KelseyCare Advantage cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la 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 sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir

por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

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

Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, "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 límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** KelseyCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de KelseyCare Advantage antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que KelseyCare Advantage no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, KelseyCare Advantage limita la cantidad del medicamento que cubrirá KelseyCare Advantage. Por ejemplo, KelseyCare Advantage proporciona 30 tabletas por receta para JANUVIA. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, KelseyCare Advantage requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que KelseyCare Advantage no cubra el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, KelseyCare Advantage cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales buscando en el formulario que comienza en la 1. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican la autorización previa y las restricciones de la terapia.

escalonada. También puede pedirnos que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede pedirle a KelseyCare Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de KelseyCare Advantage?" en la página número de página siguiente para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

- Puede pedirle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por KelseyCare Advantage. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por KelseyCare Advantage.
- Puede pedirle a KelseyCare Advantage que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de KelseyCare Advantage?

Puede pedirle a KelseyCare Advantage que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, KelseyCare Advantage limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que le eximamos del límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.

Por lo general, KelseyCare Advantage solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo

compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una clasificación por niveles o una excepción al formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico.

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

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están 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 su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros *90 días que sea 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 que los resurtidos proporcionen un suministro máximo de medicamentos para 30 días. 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 menos de 9 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya ha pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al formulario.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados KelseyCare Advantage, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre KelseyCare Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

Formulario de KelseyCare Advantage

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por KelseyCare Advantage. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al Índice que comienza en el 64.

En la primera columna de la tabla aparece el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, HUMALOG) y los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (por ejemplo, *metformina*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si KelseyCare Advantage tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Requisitos/Límites	Consejos útiles
B/D	Cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Este medicamento recetado tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que sea necesario presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.
ED	Medicamentos excluidos. Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de su medicamento (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
PA	Autorización previa. KelseyCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto.
QL	Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, KelseyCare Advantage limita la cantidad del medicamento que estará cubierta.
ST	Terapia escalonada. En algunos casos, KelseyCare Advantage requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el medicamento B no esté cubierto a menos que pruebe primero el medicamento A.

Junto a la columna "Nombre del medicamento" hay una columna con la etiqueta "**Nivel**". Esto identifica el nivel al que se asigna el medicamento y determinará el monto que paga por su receta. La cantidad que paga por sus medicamentos recetados depende del tier del medicamento. Todos los medicamentos de la lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número de tier de costos compartidos, mayor será su costo para el medicamento.

Tier de costos compartidos	Medicamentos incluidos en el Tier
Nivel 1	Genérico preferido
Nivel 2	Genérico
Nivel 3	Marca preferida
Nivel 4	Medicamento no preferido
Nivel 5	Tier de especialidad
Nivel 6	Seleccionar medicamentos para el cuidado

Nivel 1 Genérico Preferido

Incluye medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de ingrediente activo que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los medicamentos de marca y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) los califica como seguros y eficaces como medicamentos de marca. No todos los medicamentos genéricos en la lista de medicamentos (formulario) están incluidos en este tier.

Genérico de nivel 2

Incluye medicamentos genéricos que son medicamentos genéricos de alto costo y/o medicamentos genéricos que solo están disponibles en un solo fabricante, y algunos medicamentos de marca.

Marca preferida de nivel 3

Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

Medicamento no preferido de nivel 4

Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.

Nivel 5 Nivel de especialidad

Nivel de costo más alto. Contiene medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo que pueden requerir un manejo especial y/o un seguimiento estricto. Los medicamentos especializados pueden ser de marca o genéricos.

Medicamentos de Nivel 6 Select Care

Nivel de menor costo. Contiene medicamentos genéricos de Select Care para tratar afecciones como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto.

KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS)

Costo compartido preferido*

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	\$0.00	\$0.00
2	\$5.00	\$12.50
3	\$40.00	\$100.00
4	35%	35%
5	30%	N/A±
6	\$0.00	\$0.00

Costos compartidos estándar*

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	\$7.00	\$21.00
2	\$15.00	\$45.00
3	\$47.00	\$141.00
4	35%	35%
5	30%	N/A±
6	\$0.00	\$0.00

KelseyCare Advantage Signature (HMO)

Costo compartido preferido*

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	\$0.00	\$0.00
2	\$4.00	\$10.00
3	20%	20%
4	30%	30%
5	30%	N/A±
6	\$0.00	\$0.00

Costos compartidos estándar*

TIER	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	\$7.00	\$21.00
2	\$12.00	\$36.00
3	20%	20%
4	30%	30%
5	30%	N/A±
6	\$0.00	\$0.00

*Después de que se alcance el deducible anual, cuando corresponda. Para obtener más información sobre su deducible y a qué medicamentos recetados se aplica, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

±No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

La red de farmacias de KelseyCare Advantage incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferenciales. Puede ir a cualquiera de los dos tipos de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Es posible que sus costos compartidos sean menores en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes (30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
memantine/donepezil hydrochloride er cp24 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg	3	QL(30 EA por 30 días)
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
memantine hcl titration pak tabs 0	2	
memantine hydrochloride tabs 10mg, 5mg	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
donepezil hcl tabs 10mg	2	
donepezil hcl tbdp 10mg, 5mg	2	
donepezil hydrochloride tabs 5mg	2	
galantamine hydrobromide er cp24 16mg, 24mg, 8mg	4	
galantamine hydrobromide soln 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide tabs 12mg, 4mg, 8mg	4	
rivastigmine tartrate caps 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	3	
rivastigmine transdermal system pt24 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
dantrolene sodium caps 100mg, 25mg	4	
tizanidine hcl tabs 2mg	2	
tizanidine hydrochloride tabs 4mg	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
rizatriptan benzoate odt tbdp 10mg, 5mg	3	QL(18 EA por 30 días)
rizatriptan benzoate tabs 10mg, 5mg	2	QL(18 EA por 30 días)
sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml	4	QL(5 ML por 30 días)
sumatriptan succinate tabs 100mg, 25mg, 50mg	2	QL(9 EA por 30 días)
sumatriptan soln 20mg/act, 5mg/act	4	QL(12 EA por 30 días)
zolmitriptan tabs 2.5mg, 5mg	4	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
dihydroergotamine mesylate soln 4mg/ml	5	QL(8 ML por 30 días); PA
ergotamine tartrate/caffeine tabs 100mg; 1mg	3	QL(24 EA por 28 días)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG INJ 140MG/ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AIMOVIG INJ 70MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
QULIPTA TABS 10MG, 30MG, 60MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY TABS 100MG, 50MG	5	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg	3	
Agentes antimastiáicos		
Parasimpaticomiméticos		
pyridostigmine bromide tabs 60mg	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
amantadine hcl caps 100mg	2	
amantadine hcl soln 50mg/5ml	2	
entacapone tabs 200mg	4	
Agonistas de la dopamina		
bromocriptine mesylate caps 5mg	4	
bromocriptine mesylate tabs 2.5mg	4	
pramipexole dihydrochloride tabs 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg	2	
ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	2	
ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg	2	
Anticolinérgicos		
benztropine mesylate tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
trihexyphenidyl hydrochloride tabs 2mg, 5mg	4	
Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)		
rasagiline mesylate tabs 0.5mg, 1mg	4	
selegiline hcl caps 5mg	3	
selegiline hcl tabs 5mg	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
carbidopa/levodopa er tbcr 25mg; 100mg, 50mg; 200mg	3	
carbidopa/levodopa odt tbdp 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg	4	
carbidopa/levodopa tabs 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg	2	
carbidopa tabs 25mg	4	
INBRIJA CAPS 42MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RYTARY CPCR 23.75MG; 95MG, 36.25MG; 145MG, 48.75MG; 195MG, 61.25MG; 245MG	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
prazosin hydrochloride caps 1mg, 2mg, 5mg	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
acebutolol hydrochloride caps 200mg, 400mg	2	
atenolol tabs 100mg, 25mg, 50mg	1	
betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg	4	
bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg	2	
carvedilol tabs 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg	1	
labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg	2	
metoprolol succinate er tb24 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	2	
metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	
metoprolol tartrate tabs 75mg	2	
nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg	2	
nebivolol hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg	4	
pindolol tabs 10mg, 5mg	3	
propranolol hcl tabs 40mg	2	
propranolol hydrochloride er cp24 120mg, 160mg, 60mg, 80mg	2	
propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
amlodipine besylate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
felodipine er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
nifedipine er tb24 30mg, 60mg, 90mg	2	
nimodipine caps 30mg	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
dilt-xr cp24 120mg, 180mg, 240mg	2	
diltiazem hcl er cp24 420mg	2	
diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg	2	
diltiazem hydrochloride er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	
diltiazem hydrochloride er tb24 240mg, 300mg, 360mg	4	
diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg	2	
tiadylt er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
verapamil hcl er tbcr 120mg	2	
verapamil hcl sr cp24 120mg, 180mg, 240mg, 360mg	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
verapamil hcl tabs 40mg, 80mg	2	
verapamil hydrochloride er tbcr 180mg, 240mg	2	
verapamil hydrochloride tabs 120mg	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
aliskiren tabs 150mg, 300mg	6	
amiloride/hydrochlorothiazide tabs 5mg; 50mg	2	
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride caps 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg	6	
amlodipine besylate/valsartan tabs 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg	6	
atenolol/chlorthalidone tabs 100mg; 25mg, 50mg; 25mg	2	
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg	6	
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg	2	
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg	6	
enalapril maleate/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg	6	
ENTRESTO CPSP 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	3	QL(240 EA por 30 días)
ENTRESTO TABS 24MG; 26MG, 49MG; 51MG, 97MG; 103MG	3	QL(60 EA por 30 días)
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg	6	
irbesartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg	6	
ivabradine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg	4	QL(60 EA por 30 días)
lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	6	
losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg	6	
metyrosine caps 250mg	5	PA
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg	6	
pentoxifylline er tbcr 400mg	2	
quinapril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	6	
ranolazine er tb12 1000mg, 500mg	4	
spironolactone/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 25mg	2	
telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg	6	
triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
triamterene/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg	1	
valsartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg	6	
VYNDAMAX CAPS 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
clonidine hydrochloride tabs 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg	1	
clonidine ptwk 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr	3	
droxidopa caps 100mg	4	PA
droxidopa caps 200mg, 300mg	5	PA
methyldopa tabs 250mg, 500mg	4	
midodrine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
candesartan cilexetil tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	6	
irbesartan tabs 150mg, 300mg, 75mg	6	
losartan potassium tabs 100mg, 25mg, 50mg	6	
olmesartan medoxomil tabs 20mg, 40mg, 5mg	6	
telmisartan tabs 20mg, 40mg, 80mg	6	
valsartan tabs 160mg, 320mg, 40mg, 80mg	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
eplerenone tabs 25mg, 50mg	2	
KERENDIA TABS 10MG, 20MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
spironolactone tabs 100mg, 25mg, 50mg	2	
Antiarrítmicos		
amiodarone hydrochloride tabs 200mg	2	
amiodarone hydrochloride tabs 100mg	4	
digoxin soln 0.05mg/ml	4	
digoxin tabs 125mcg, 250mcg	2	
dofetilide caps 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
flecainide acetate tabs 100mg, 150mg, 50mg	2	
mexiletine hydrochloride caps 150mg	3	
mexiletine hydrochloride caps 200mg, 250mg	4	
PACERONE TABS 200MG	2	
PACERONE TABS 100MG	4	
propafenone hcl tabs 150mg	2	
propafenone hydrochloride tabs 225mg, 300mg	2	
quinidine sulfate tabs 200mg, 300mg	4	
sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg	2	
sotalol hydrochloride (af) tabs 120mg, 160mg, 80mg	2	
sotalol hydrochloride tabs 80mg	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr cpdr 135mg, 45mg</i>	2	
<i>gemfibrozil tabs 600mg</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>fluvastatin sodium er tb24 80mg</i>	4	
<i>fluvastatin caps 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>pitavastatin calcium tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	4	
<i>pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>simvastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light pack 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine pack 4gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tabs 1gm</i>	3	
<i>ezetimibe/simvastatin tabs 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	6	
<i>ezetimibe tabs 10mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl caps 0.5gm, 1gm</i>	4	
<i>NEXLETOL TABS 180MG</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>NEXLIZET TABS 180MG; 10MG</i>	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er tbcr 1000mg, 500mg, 750mg</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 375mg; 465mg; 1gm</i>	4	
<i>PRALUENT INJ 150MG/ML, 75MG/ML</i>	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite pack 4gm</i>	4	
<i>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJ 420MG/3.5ML</i>	3	QL(7 ML por 28 días); PA
<i>REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML</i>	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>REPATHA INJ 140MG/ML</i>	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>TRYNGOLZA INJ 80MG/0.8ML</i>	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs 5mg</i>	2	
<i>triamterene caps 100mg, 50mg</i>	4	
Diuréticos, evacuación		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bumetanide inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>furosemide inj 10mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral soln 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torsemide tabs 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tabs 1.25mg, 2.5mg</i>	2	
<i>metolazone tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>captopril tabs 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>enalapril maleate tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>lisinopril tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>moexipril hydrochloride tabs 15mg, 7.5mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine tabs 2mg, 4mg, 8mg</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>ramipril caps 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>trandolapril tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin propanediol tabs 10mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>FARXIGA TABS 10MG, 5MG</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>JARDIANCE TABS 10MG, 25MG</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 30mg, 60mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
<i>VERQUVO TABS 10MG, 2.5MG, 5MG</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tabs 10mg, 2.5mg</i>	2	
Agentes de antigout		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes de antigout		
allopurinol tabs 100mg, 300mg	2	
colchicine tabs 0.6mg	2	
probenecid/colchicine tabs 0.5mg; 500mg	2	
probenecid tabs 500mg	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
balsalazide disodium caps 750mg	4	
mesalamine er cpcr 500mg	4	
mesalamine enem 4gm	4	
mesalamine supp 1000mg	4	
sulfasalazine tabs 500mg	2	
sulfasalazine tbec 500mg	2	
Glucocorticoides		
budesonide er tb24 9mg	5	
budesonide cpep 3mg	4	
hydrocortisone crea 2.5%	2	
hydrocortisone enem 100mg/60ml	4	
procto-med hc crea 2.5%	2	
proctosol hc crea 2.5%	2	
proctozone-hc crea 2.5%	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
alendronate sodium tabs 10mg, 35mg	6	
alendronate sodium tabs 70mg	6	QL(4 EA por 28 días)
calcitonin-salmon soln 200unit/act	3	QL(3.7 ML por 30 días)
calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg	2	
cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg, 90mg	4	
FORTEO INJ 560MCG/2.24ML	5	PA
ibandronate sodium tabs 150mg	6	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI INJ 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 días)
paricalcitol caps 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	
RAYALDEE CPCR 30MCG	5	
risedronate sodium tabs 35mg	4	QL(4 EA por 28 días)
teriparatide inj 560mcg/2.24ml	5	PA
TYMLOS INJ 3120MCG/1.56ML	5	PA
WYOST INJ 120MG/1.7ML	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN INJ 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BETASERON INJ 0.3MG	5	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er tb12 10mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack cdpk 0</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>dimethyl fumarate cpdr 120mg, 240mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride caps 0.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA INJ 20MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG X 7 TABLETS	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG X 12 TABLETS	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABS 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABS 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF REBIDOSE INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF TITRATION PACK INJ 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
VUMERTY CPDR 231MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISC 0	3	QL(110 EA por 365 días)
SAVELLA TABS 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine cp24 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 5mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine caps 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er tb24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
AUSTEDO XR TB24 12MG, 18MG, 24MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO TABS 12MG, 6MG, 9MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tabs 325mg; 50mg; 40mg</i>	3	
COBENFY STARTER PACK CPPK 20MG; 0	5	QL(112 EA por 365 días); PA
COBENFY CAPS 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPS 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPS 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CPPK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CPSP 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INGREZZA CPSP 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA CAPS 20MG; 10MG	5	PA
<i>riluzole tabs 50mg</i>	4	
<i>tetrabenazine tabs 12.5mg</i>	4	PA
<i>tetrabenazine tabs 25mg</i>	5	PA
VEOZAH TABS 45MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
ARMODAFINIL TABS 150MG, 200MG, 250MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
ARMODAFINIL TABS 50MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tabs 100mg, 200mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate soln 500mg/ml</i>	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA TABS 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
ESZOPICLONE TABS 1MG, 2MG, 3MG	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam caps 15mg, 30mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon caps 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon caps 10mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er tbcr 12.5mg, 6.25mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tabs 10mg, 5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tabs 20mg</i>	3	
<i>kourzeq pste 0.1%</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous soln 2%</i>	2	
PERIOGARD SOLN 0.12%	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide dental paste pste 0.1%</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln 0.005%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil crea 5%</i>	4	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil soln 2%, 5%</i>	3	
<i>imiquimod crea 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone acetonide oint 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone crea 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	3	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox soln 0.5%</i>	3	
SANTYL OINT 250UNIT/GM	4	
<i>silver sulfadiazine crea 1%</i>	2	
<i>ssd crea 1%</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acitretin caps 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	
<i>amnesteem caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%</i>	4	
FINACEA FOAM 15%	4	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY INJ 150MG/ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ADBRY INJ 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
<i>alclometasone dipropionate crea 0.05%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	2	
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotn 12%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate crea 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate lotn 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate oint 0.1%</i>	3	
<i>clobetasol propionate e crea 0.05%</i>	4	
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	4	
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	4	
<i>desonide crea 0.05%</i>	3	
<i>desonide oint 0.05%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone crea 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone oint 0.25%</i>	3	
<i>EUCRISA OINT 2%</i>	4	PA
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	4	
<i>fluocinonide crea 0.1%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide crea 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide oint 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide soln 0.05%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate crea 0.05%</i>	4	
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate crea 0.2%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	2	
<i>pimecrolimus crea 1%</i>	4	
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPEVIGO INJ 150MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm crea 0.5%</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir oint 5%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclopirox nail lacquer soln 8%</i>	2	PA
<i>ciclopirox olamine crea 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox sham 1%</i>	3	
<i>ciclopirox susp 0.77%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery pads 2%</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
<i>mupirocin crea 2%</i>	3	
<i>mupirocin oint 2%</i>	2	QL(110 GM por 30 días)
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion lotn 0.5%</i>	4	
<i>permethrin crea 5%</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tabs 0.025mg; 2.5mg</i>	3	
<i>loperamide hydrochloride caps 2mg</i>	2	
XERMELO TABS 250MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>enulose soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>generlac soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	2	
LINZESS CAPS 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone caps 24mcg, 8mcg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>prucalopride tabs 1mg, 2mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RELISTOR INJ 8MG/0.4ML	5	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJ 12MG/0.6ML	5	QL(18 ML por 30 días); ST
RELISTOR TABS 150MG	5	QL(90 EA por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLN 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	3	
CTEXLI TABS 250MG	5	PA
<i>gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	2	
<i>gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	
LIVMARLI SOLN 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLN 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
LIVMARLI TABS 30MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
LIVMARLI TABS 10MG, 15MG, 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
NITROGLYCERIN OINT 0.4%	4	
<i>peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate soln 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	3	
SUTAB TABS 225MG; 188MG; 1479MG	3	
<i>ursodiol tabs 250mg, 500mg</i>	3	
VOQUEZNA TABS 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABS 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPS 0	5	PA
XIFAXAN TABS 200MG	4	PA
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine caps 150mg, 300mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
dicyclomine hydrochloride caps 10mg	2	
dicyclomine hydrochloride tabs 20mg	2	
glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
esomeprazole magnesium cpdr 20mg, 40mg	2	QL(60 EA por 30 días)
lansoprazole cpdr 15mg, 30mg	2	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole dr cpdr 10mg	2	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole cpdr 20mg, 40mg	2	QL(60 EA por 30 días)
pantoprazole sodium tbec 20mg, 40mg	2	QL(60 EA por 30 días)
rabeprazole sodium tbec 20mg	2	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
misoprostol tabs 100mcg, 200mcg	3	
sucralfate tabs 1gm	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
alfuzosin hcl er tb24 10mg	2	
doxazosin mesylate tabs 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
dutasteride caps 0.5mg	2	
finasteride tabs 5mg	2	
tadalafil tabs 2.5mg, 5mg	3	QL(30 EA por 30 días); PA
tamsulosin hydrochloride caps 0.4mg	2	
terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg	2	
terazosin hydrochloride caps 2mg	2	
Agentes genitourinarios, otros		
bethanechol chloride tabs 10mg, 25mg, 50mg, 5mg	3	
ELMIRON CAPS 100MG	4	
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	ED; QL (6 EA por 30 días)
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA TABS 75MG	4	
MYRBETRIQ SRER 8MG/ML	3	
MYRBETRIQ TB24 25MG, 50MG	3	
oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg, 5mg	2	
oxybutynin chloride soln 5mg/5ml	2	
oxybutynin chloride tabs 5mg	2	
solifenacina succinate tabs 10mg, 5mg	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
desmopressin acetate soln 0.01%	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>desmopressin acetate tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	3	
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
GENOTROPIN INJ 12MG, 5MG	5	PA
INCRELEX INJ 40MG/4ML	5	PA
ISTURISA TABS 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABS 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 TABS 60MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride tabs 60mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate inj 200mg/ml</i>	3	PA
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	4	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
Estrógenos		
<i>abigale lo tabs 0.5mg; 0.1mg</i>	4	
<i>altavera tabs 30mcg; 0.15mg</i>	3	
<i>alyacen 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>ashlyna tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>aviane tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>azurette tabs 0; 0</i>	3	
<i>balziva tabs 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>briellyn tabs 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>camrese lo tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>CLIMARA PRO PTWK 0.045MG/DAY; 0.015MG/DAY</i>	4	
<i>cryselle-28 tabs 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>dolishale tabs 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>DOTTI PTTW 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR</i>	4	
<i>dotti pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr</i>	4	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>estarrylla tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>estradiol crea 0.1mg/gm</i>	2	
<i>estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol ptwk 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol oral tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol vaginal tabs 10mcg</i>	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>etonogestrel/ethynodiol dihydrogen phosphate ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	3	
<i>falmina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>feirza 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>feirza 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>iclevia tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli tabs 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>junel 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>kariva tabs 0; 0</i>	3	
<i>kelnor 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>kelnor 1/50 tabs 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>kurvelo tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>larin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>lessina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonest tabs 0; 0</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethynodiol dihydrogen phosphate tabs 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethynodiol dihydrogen phosphate tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethynodiol dihydrogen phosphate tabs 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethynodiol dihydrogen phosphate tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levora 0.15/30-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lojaimiess tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>low-ogestrel tabs 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>lulera tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>lyllana pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>marlissa tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>milli tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>mimvey tabs 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28 tabs 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tabs 0; 0, 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tabs 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 tabs 35mcg; 0</i>	3	
<i>nylia 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 tabs 35mcg; 0</i>	3	
<i>pimtrea tabs 0; 0</i>	3	
<i>portia-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>PREMARIN CREA 0.625MG/GM</i>	4	
<i>PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG</i>	4	
<i>PREMPHASE TABS 0.625MG; 5MG</i>	4	
<i>PREMPRO TABS 0.3MG; 1.5MG, 0.45MG; 1.5MG, 0.625MG; 2.5MG, 0.625MG; 5MG</i>	4	
<i>rivelsa tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>rosyrah tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28 tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>sronyx tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>tri-estarrylla tabs 0; 0</i>	3	
<i>tri-milli tabs 0; 0</i>	3	
<i>tri-sprintec tabs 0; 0</i>	3	
<i>tri-vylibra tabs 0; 0</i>	3	
<i>turqoz tabs 30mcg; 0.3mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valtya 1/50 tabs 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>vienna tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>vyfemla tabs 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>vylibra tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>xulane ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvafem tabs 10mcg</i>	4	
<i>zafemy ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	4	
<i>zovia 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
Progestinas		
<i>camila tabs 0.35mg</i>	3	
<i>deblitane tabs 0.35mg</i>	3	
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ 104MG/0.65ML</i>	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>errin tabs 0.35mg</i>	3	
<i>gallifrey tabs 5mg</i>	2	
<i>heather tabs 0.35mg</i>	3	
<i>incassia tabs 0.35mg</i>	3	
<i>LILETTA IUD 20.1MCG/DAY</i>	3	
<i>lyleq tabs 0.35mg</i>	3	
<i>lyza tabs 0.35mg</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<i>meleya tabs 0.35mg</i>	3	
<i>NEXPLANON INJ 68MG</i>	3	
<i>nora-be tabs 0.35mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate tabs 5mg</i>	2	
<i>norethindrone tabs 0.35mg</i>	3	
<i>progesterone caps 100mg, 200mg</i>	2	
<i>sharobel tabs 0.35mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>dexamethasone soln 0.5mg/5ml</i>	3	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate tabs 0.1mg</i>	2	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk 4mg</i>	2	
<i>methylprednisolone tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate soln 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisolone soln 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	2	
<i>prednisone tbpk 10mg, 5mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>levothyroxine sodium tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium tabs 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	2	
REZDIFFRA TABS 100MG, 60MG, 80MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs 50mg</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline tabs 0.5mg</i>	3	
FIRMAGON INJ 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJ 3.75MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJ 11.25MG, 22.5MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJ 30MG	5	QL(1 EA por 112 días); PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJ 45MG	5	QL(1 EA por 168 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJ 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJ 11.25MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX TABS 120MG	5	PA
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT INJ 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
BENLYSTA INJ 200MG/ML	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ 150MG/ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY INJ 300MG/2ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJ 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI INJ 1080MG/20ML	5	PA
KINERET INJ 100MG/0.67ML	5	PA
ORENCIA CLICKJECT INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TBPK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ LQ SOLN 1MG/ML	5	QL(360 ML por 30 días); PA
RINVOQ TB24 15MG, 30MG, 45MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 56 días); PA
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(3 ML por 84 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS CAPS 10MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
TYENNE INJ 162MG/0.9ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
USTEKINUMAB INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
<i>ustekinumab inj 45mg/0.5ml</i>	5	QL(3 ML por 84 días); PA
<i>wezlana inj 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	5	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR TB24 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLN 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABS 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR INJ 75MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJ 150MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA
XOLAIR INJ 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INJ 500UNIT	5	PA
<i>icatibant acetate inj 30mg/3ml</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJ 100MCG/0.5ML	5	PA
BESREMI INJ 500MCG/ML	5	PA
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 5GM/50ML	5	PA
PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	5	PA
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit inj 80mg/0.8ml</i>	5	QL(3 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty 2-syringe kit inj 20mg/0.2ml</i>	5	QL(2 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty 2-syringe kit inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS STARTER INJ 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER INJ 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM PSORIASIS/UVEITIS STARTER INJ 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS INJ 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS INJ 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM INJ 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBM INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-adbm inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified soln 100mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARSUS XR TB24 4MG	5	B/D
<i>everolimus tabs 0.25mg</i>	4	B/D

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>gengraf caps 100mg, 25mg</i>	4	B/D
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
JYLAMVO SOLN 2MG/ML	4	PA
<i>leflunomide tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs 2.5mg</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps 250mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil susr 200mg/ml</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil tabs 500mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolic acid dr tbec 180mg, 360mg</i>	4	B/D
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACK 0.2MG, 1MG	4	B/D
REZUROCK TABS 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>sirolimus soln 1mg/ml</i>	4	B/D
<i>sirolimus tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	4	B/D
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5MG/ML	4	PA
Vacunas		
ABRYSVO INJ 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL INJ 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AREXVY INJ 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine inj 50mg</i>	1	
BEXSERO INJ 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJ 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJ 0.5ML	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML	1	
HAVRIX INJ 720ELU/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INJ 20MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJ 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	3	
IPOL INACTIVATED IPV INJ 0	1	
IXCHIQ INJ 0	1	
IXIARO INJ 0	1	
JYNNEOS INJ 0.5ML	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
M-M-R II INJ 0; 0; 0	1	
<i>menquadfi inj 0.5ml</i>	1	
MENVEO INJ 0	1	
MRESVIA INJ 50MCG/0.5ML	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INJ 0; 0	1	
PENTACEL INJ 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	
PRIORIX INJ 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJ 0; 0; 0; 0	3	
QUADRACEL INJ 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	
RABAVERT INJ 0	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJ 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX SUSP 0	3	
ROTATEQ SOLN 0	3	
SHINGRIX INJ 50MCG/0.5ML	1	
TENIVAC INJ 2LFU; 5LFU	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TICOVAC INJ 2.4MCG/0.5ML	1	
TICOVAC INJ 1.2MCG/0.25ML	3	
TRUMENBA INJ 0.5ML	1	
TWINRIX INJ 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJ 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJ 50UNIT/ML	1	
VAQTA INJ 25UNIT/0.5ML	3	
VARIVAX INJ 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSR 0	1	
VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CPDR 0	1	
YF-VAX INJ 0	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
azelastine hcl soln 0.05%	2	
cromolyn sodium soln 4%	2	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
betaxolol hcl soln 0.5%	4	
carteolol hcl soln 1%	2	
levobunolol hcl soln 0.5%	2	
timolol maleate soln 0.25%, 0.5%	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
acetazolamide er cp12 500mg	4	
acetazolamide tabs 125mg, 250mg	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.1%	3	
brimonidine tartrate soln 0.2%	2	
dorzolamide hydrochloride soln 2%	2	
pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
atropine sulfate soln 1%	3	
bacitracin/polymyxin b oint 500unit/gm; 10000unit/gm	2	
COMBIGAN SOLN 0.2%; 0.5%	3	
CYSTARAN SOLN 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
dorzolamide hcl/timolol maleate soln 22.3mg/ml; 6.8mg/ml	2	
neo-polycin hc oint 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neo-polycin oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/bacitracin/polymyxin oint 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone oint 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin soln 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>polycin oint 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate soln 10000unit/ml; 0.1%</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL 0.05%	3	
RESTASIS EMUL 0.05%	3	
ROCKLATAN SOLN 0.005%; 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA SUSP 0.2%; 1%	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate soln 0.23%; 10%</i>	2	
TOBRADEX ST SUSP 0.05%; 0.3%	4	
<i>tobramycin/dexamethasone susp 0.1%; 0.3%</i>	4	
XIIDRA SOLN 5%	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET SUSP 0.5%; 0.3%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin oint 500unit/gm</i>	4	
BESIVANCE SUSP 0.6%	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacina soln 0.5%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>moxifloxacina hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>ofloxacina ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	2	
<i>tobramicina soln 0.3%</i>	2	
<i>trifluridina soln 1%</i>	4	
XDEMVY SOLN 0.25%	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 0.1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
FLAREX SUSP 0.1%	3	
<i>flurbiprofen sodium soln 0.03%</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketorolac tromethamine soln 0.5%</i>	2	
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate susp 1%</i>	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost soln 0.005%</i>	1	
LUMIGAN SOLN 0.01%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA SOLN 0.024%	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tbcr 300mg, 450mg</i>	2	
<i>lithium carbonate caps 150mg, 300mg</i>	1	
<i>lithium carbonate caps 600mg</i>	2	
<i>lithium carbonate tabs 300mg</i>	2	
<i>lithium soln 8meq/5ml</i>	4	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS SOLN 10MG/ML	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA SOLN 0.03MG/ACT	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month tbpk 0</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQD 8MG/0.1ML	4	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml</i>	2	
OPVEE SOLN 2.7MG/0.1ML	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl subl 2mg, 8mg</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	4	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr tbec 333mg</i>	4	
<i>disulfiram tabs 250mg</i>	2	
<i>disulfiram tabs 500mg</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tabs 50mg</i>	2	
VIVITROL INJ 380MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA AERO 115MCG/ACT; 21MCG/ACT, 230MCG/ACT; 21MCG/ACT, 45MCG/ACT; 21MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA AERO 90MCG/ACT; 80MCG/ACT	3	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA AEPB 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	3	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>breyna aero 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(23.6 GM por 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT AERS 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AERO 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AERO 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN INJ 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	5	QL(0.5 ML por 28 días); PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate soln 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJ 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJ 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJ 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhba aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPS 100MG, 150MG	5	PA
<i>pirfenidone caps 267mg</i>	5	PA
PIRFENIDONE TABS 534MG	5	PA
<i>pirfenidone tabs 267mg, 801mg</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLR 75MG	5	PA
KALYDECO PACK 13.4MG, 25MG, 5.8MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA
KALYDECO TABS 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABS 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME SOLN 2.5MG/2.5ML	5	PA
<i>tobramycin nebu 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TBPK 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABS 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq tabs 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan tabs 10mg, 5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT TABS 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TEPK 0	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TEPK 0	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TEPK 0	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TBCR 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
WINREVAIR INJ 0, 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cetirizine hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciproheptadine hydrochloride tabs 4mg</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp 10mg/5ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUTY ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA AERO 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES AEPB 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES AEPB 110MCG/INH, 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES AEPB 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	2	
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDIHALER AERB 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew 4mg, 5mg</i>	2	
<i>montelukast sodium pack 4mg</i>	4	
<i>montelukast sodium tabs 10mg</i>	2	
<i>zafirlukast tabs 10mg, 20mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AERS 17MCG/ACT	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%, 0.06%</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation soln 0.02%</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide caps 18mcg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI SOLN 175MCG/3ML	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act x 7gm</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act x 8gm</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act x 18gm</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebu 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebu 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebu 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate nebu 15mcg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml</i>	3	
<i>epinephrine inj 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to product manufactured by Mylan Specialty L.P. Only
<i>epinephrine inj 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to products manufactured by Impax or Lineage Therapeutics
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa aero 45mcg/act</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
PROAIR RESPICLICK AEPB 108MCG/ACT	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS AEPB 50MCG/DOSE	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast tabs 250mcg, 500mcg</i>	4	PA
THEOPHYLLINE ER TB12 100MG, 200MG	4	
<i>theophylline er tb12 300mg, 450mg</i>	4	
<i>theophylline er tb24 400mg, 600mg</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PADS 70%	1	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16" MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2" MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM MISC	1	QL(200 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PADS	1	
NUTRILIPID INJ 20GM/100ML	4	B/D
RIVFLOZA INJ 128MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
RIVFLOZA INJ 160MG/ML, 80MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYCLARYS CAPS 50MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
sodium chloride 0.9% soln 0.9%	2	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
acetic acid soln 2%	2	
neomycin/polymyxin/hc soln 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	3	
neomycin/polymyxin/hydrocortisone susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	3	
ofloxacin otic soln 0.3%	2	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
buprenorphine ptwk 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr	4	QL(4 EA por 28 días)
fentanyl pt72 100mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	4	
methadone hcl soln 10mg/5ml, 5mg/5ml	3	
methadone hcl tabs 10mg, 5mg	2	
morphine sulfate er tbcr 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg	3	
XTAMPZA ER C12A 13.5MG, 18MG, 27MG, 36MG, 9MG	3	
Analgésicos opioides, de acción rápida		
acetaminophen/codeine phosphate tabs 300mg; 60mg	2	
acetaminophen/codeine soln 120mg/5ml; 12mg/5ml	3	
acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg	2	
endocet tabs 325mg; 5mg	2	
endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	
hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	4	
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 5mg	2	
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 2.5mg	3	
hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg	2	
hydromorphone hcl inj 10mg/ml	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg	2	
hydromorphone hcl tabs 8mg	4	
hydromorphone hydrochloride inj 50mg/5ml	4	
morphine sulfate soln 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml	3	
morphine sulfate tabs 15mg, 30mg	3	
oxycodone hydrochloride soln 5mg/5ml	4	
oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg, 5mg	2	
oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg	3	
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 5mg	2	
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg	3	
tramadol hydrochloride/acetaminophen tabs 325mg; 37.5mg	2	
tramadol hydrochloride tabs 50mg	2	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
celecoxib caps 100mg, 200mg, 400mg, 50mg	2	QL(60 EA por 30 días)
diclofenac sodium dr tbec 25mg, 50mg, 75mg	2	
diclofenac sodium external soln 1.5%	4	PA
flurbiprofen tabs 100mg	2	
ibuprofen susp 100mg/5ml	2	
ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg	1	
ibu tabs 600mg, 800mg	1	
indomethacin er cpcr 75mg	3	
indomethacin caps 25mg, 50mg	2	
ketorolac tromethamine tabs 10mg	4	QL(20 EA por 30 días)
meloxicam tabs 15mg, 7.5mg	1	
nabumetone tabs 500mg, 750mg	2	
naproxen dr tbec 500mg	4	
naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg	1	
oxaprozin tabs 600mg	2	
piroxicam caps 10mg, 20mg	3	
sulindac tabs 150mg, 200mg	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
lidocaine/prilocaine crea 2.5%; 2.5%	2	QL(30 GM por 30 días); PA
lidocaine oint 5%	4	QL(150 GM por 30 días); PA
lidocaine ptch 5%	4	PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
buspirone hcl tabs 15mg	1	
buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Benzodiazepinas		
alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg	2	QL(120 EA por 30 días)
alprazolam tabs 2mg	2	QL(150 EA por 30 días)
clorazepate dipotassium tabs 15mg	4	QL(180 EA por 30 días)
clorazepate dipotassium tabs 7.5mg	4	QL(360 EA por 30 días)
clorazepate dipotassium tabs 3.75mg	4	QL(720 EA por 30 días)
diazepam intensol conc 5mg/ml	2	
diazepam soln 5mg/5ml	2	
diazepam tabs 10mg	2	QL(120 EA por 30 días)
diazepam tabs 5mg	2	QL(240 EA por 30 días)
diazepam tabs 2mg	2	QL(300 EA por 30 días)
lorazepam intensol conc 2mg/ml	3	
lorazepam tabs 2mg	2	QL(150 EA por 30 días)
lorazepam tabs 0.5mg, 1mg	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
amikacin sulfate inj 500mg/2ml	4	
ARIKAYCE SUSP 590MG/8.4ML	5	PA
gentamicin sulfate crea 0.1%	3	
gentamicin sulfate inj 40mg/ml	3	
gentamicin sulfate oint 0.1%	3	
HUMATIN CAPS 250MG	5	
neomycin sulfate tabs 500mg	2	
streptomycin sulfate inj 1gm	5	
tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml	4	
Antibacterianos, otros		
aztreonam inj 1gm, 2gm	4	
clindacin etz pledges swab 1%	3	
clindamycin hcl caps 300mg	2	
clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg	2	
clindamycin palmitate hydrochloride solr 75mg/5ml	4	
clindamycin phosphate crea 2%	4	
clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	3	
clindamycin phosphate swab 1%	3	
colistimethate sodium inj 150mg	4	
daptomycin inj 350mg, 500mg	4	
fosfomycin tromethamine pack 3gm	1	
IMPAVIDO CAPS 50MG	5	
linezolid inj 600mg/300ml	4	
linezolid susr 100mg/5ml	5	QL(1800 ML por 28 días)
linezolid tabs 600mg	4	QL(56 EA por 28 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals caps 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys tals caps 100mg</i>	2	
<i>tigecycline inj 50mg</i>	4	
<i>tinidazole tabs 250mg, 500mg</i>	4	
<i>trimethoprim tabs 100mg</i>	2	
<i>vancomycin hcl inj 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride caps 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride caps 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride inj 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
<i>VOQUEZNA DUAL PAK THPK 500MG; 20MG</i>	4	PA
<i>VOQUEZNA TRIPLE PAK THPK 500MG; 500MG; 20MG</i>	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps 250mg, 500mg</i>	3	
<i>cefadroxil caps 500mg</i>	2	
<i>cefadroxil susr 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	4	
<i>cefdinir caps 300mg</i>	2	
<i>cefdinir susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime caps 400mg</i>	4	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil susr 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 100mg, 200mg</i>	4	
<i>ceprozil susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>ceprozil tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	
<i>cefuroxime axetil tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 750mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm</i>	4	
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>TAZICEF INJ 6GM</i>	4	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>TEFLARO INJ 400MG, 600MG</i>	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tb12 1000mg; 62.5mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin susr 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin tabs 500mg, 875mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj 10gm, 1gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	4	
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
<i>AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML</i>	4	
<i>BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nafcillin sodium inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium inj 10gm</i>	5	
<i>penicillin g sodium inj 5000000unit</i>	5	
<i>penicillin v potassium solr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium inj 1gm</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin inj 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	3	
<i>meropenem inj 1gm, 500mg</i>	3	
Macrólidos		
<i>azithromycin inj 500mg</i>	3	
<i>azithromycin susr 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	2	
<i>azithromycin tabs 250mg, 500mg, 600mg</i>	2	
<i>clarithromycin er tb24 500mg</i>	4	
<i>clarithromycin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>DIFCID TABS 200MG</i>	5	
<i>erythromycin dr tbec 250mg, 333mg, 500mg</i>	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%	3	
levofloxacin in d5w inj 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml	4	
levofloxacin soln 25mg/ml	4	
levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg	2	
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj 400mg/250ml; 0.8%	4	
moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg	3	
Sulfonamidas		
sulfadiazine tabs 500mg	5	
sulfamethoxazole(trimethoprim) ds tabs 800mg; 160mg	2	
sulfamethoxazole(trimethoprim) susp 200mg/5ml; 40mg/5ml	3	
sulfamethoxazole(trimethoprim) tabs 400mg; 80mg	2	
Tetraciclinas		
demeclocycline hcl tabs 150mg, 300mg	4	
doxy 100 inj 100mg	4	
doxycycline hydiate caps 100mg, 50mg	2	
doxycycline hydiate inj 100mg	4	
doxycycline hydiate tabs 100mg	2	
doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg	2	
doxycycline monohydrate tabs 100mg, 50mg	2	
doxycycline monohydrate tabs 150mg, 75mg	3	
doxycycline susr 25mg/5ml	3	
minocycline hcl caps 75mg	3	
minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg	2	
tetracycline hydrochloride caps 250mg, 500mg	4	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
ethosuximide caps 250mg	3	
ethosuximide soln 250mg/5ml	3	
methsuximide caps 300mg	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
clobazam susp 2.5mg/ml	4	
clobazam tabs 10mg, 20mg	4	
clonazepam odt tbdp 2mg	4	QL(300 EA por 30 días)
clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg	4	QL(90 EA por 30 días)
clonazepam tabs 2mg	2	QL(300 EA por 30 días)
clonazepam tabs 0.5mg, 1mg	2	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT CAPS 250MG, 500MG	5	PA
DIACOMIT PACK 250MG, 500MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
diazepam rectal gel gel 10mg, 2.5mg, 20mg	4	
divalproex sodium dr csdr 125mg	4	
divalproex sodium dr tbec 125mg, 250mg, 500mg	2	
divalproex sodium er tb24 250mg, 500mg	2	
gabapentin caps 400mg	2	QL(270 EA por 30 días)
gabapentin caps 100mg, 300mg	2	QL(360 EA por 30 días)
gabapentin soln 250mg/5ml	4	QL(2160 ML por 30 días)
gabapentin tabs 800mg	2	QL(150 EA por 30 días)
gabapentin tabs 600mg	2	QL(180 EA por 30 días)
phenobarbital elix 20mg/5ml	4	
phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg	4	
pregabalin caps 300mg	2	QL(60 EA por 30 días)
pregabalin caps 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	QL(90 EA por 30 días)
pregabalin soln 20mg/ml	4	QL(900 ML por 30 días)
primidone tabs 125mg, 250mg, 50mg	2	
SYMPAZAN FILM 10MG, 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 20MG	5	
tiagabine hydrochloride tabs 12mg, 16mg, 2mg, 4mg	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
vigabatrin pack 500mg	5	PA
vigabatrin tabs 500mg	5	PA
vigadroner pack 500mg	5	PA
vigadroner tabs 500mg	5	PA
VIGAFYDE SOLN 100MG/ML	5	PA
vigpoder pack 500mg	5	PA
ZTALMY SUSP 50MG/ML	5	PA
Agentes para los canales de sodio		
carbamazepine er cp12 100mg, 200mg, 300mg	4	
carbamazepine er tb12 100mg, 200mg, 400mg	4	
carbamazepine chew 100mg, 200mg	2	
carbamazepine susp 100mg/5ml	4	
carbamazepine tabs 200mg	3	
DILANTIN CAPS 30MG	4	
epitol tabs 200mg	3	
eslicarbazepine acetate tabs 200mg, 400mg, 600mg, 800mg	4	
lacosamide soln 10mg/ml	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>oxcarbazepine susp 300mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine tabs 150mg, 300mg, 600mg</i>	2	
<i>phenytek caps 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended caps 100mg</i>	2	
<i>phenytoin chew 50mg</i>	2	
<i>phenytoin susp 125mg/5ml</i>	2	
<i>rufinamide susp 40mg/ml</i>	5	
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	5	
<i>XCOPRI TABS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG</i>	5	PA
<i>XCOPRI TBPK 12.5MG-25MG</i>	4	PA
<i>XCOPRI TBPK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)</i>	5	PA
<i>ZONISADE SUSP 100MG/5ML</i>	4	ST
<i>zonisamide caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
<i>BRIVIACT SOLN 10MG/ML</i>	5	PA
<i>BRIVIACT TABS 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG</i>	5	PA
<i>EPIDIOLEX SOLN 100MG/ML</i>	5	PA
<i>EPRONTIA SOLN 25MG/ML</i>	4	
<i>felbamate susp 600mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate tabs 400mg, 600mg</i>	4	
<i>FINTEPLA SOLN 2.2MG/ML</i>	5	PA
<i>FYCOMPA SUSP 0.5MG/ML</i>	5	
<i>FYCOMPA TABS 2MG</i>	4	
<i>FYCOMPA TABS 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG</i>	5	
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine chew 25mg, 5mg</i>	2	
<i>lamotrigine tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>levetiracetam er tb24 500mg, 750mg</i>	2	
<i>levetiracetam soln 100mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam tabs 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>levetiracetam tb3d 250mg</i>	4	
<i>NAYZILAM SOLN 5MG/0.1ML</i>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>roweepra tabs 500mg</i>	2	
<i>SPRITAM TB3D 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG</i>	4	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>subvenite tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>topiramate cpsp 15mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>topiramate tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>valproic acid caps 250mg</i>	2	
<i>valproic acid soln 250mg/5ml</i>	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY TBCR 105MG; 45MG	4	QL(60 EA por 30 días); ST
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tabs 100mg, 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt tbdp 15mg, 30mg, 45mg</i>	3	
<i>mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM PT24 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST
MARPLAN TABS 10MG	4	
<i>phenelzine sulfate tabs 15mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10mg</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 150mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine tabs 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride caps 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl conc 10mg/ml</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>protriptyline hcl tabs 10mg, 5mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
Antidepresants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		
<i>citalopram hydrobromide soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tb24 100mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tb24 25mg, 50mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate soln 5mg/5ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>FETZIMA TITRATION PACK C4PK 0</i>	4	QL(56 EA por 365 días); ST
<i>FETZIMA CP24 120MG, 20MG, 40MG, 80MG</i>	4	QL(30 EA por 30 días); ST
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln 20mg/5ml</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp 10mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>RALDESY SOLN 10MG/ML</i>	5	
<i>sertraline hcl conc 20mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>TRINTELLIX TABS 10MG, 20MG, 5MG</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant caps 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant caps 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol caps 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl soln 4mg/5ml</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro supp 25mg</i>	4	
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl supp 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride plain soln 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>promethegan supp 25mg</i>	4	
<i>scopolamine pt72 1mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin caps 150mg</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine caps 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	2	
<i>isoniazid syrp 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>PRIFTIN TABS 150MG</i>	4	
<i>pyrazinamide tabs 500mg</i>	4	
<i>rifampin caps 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin inj 600mg</i>	4	
<i>SIRTURO TABS 100MG, 20MG</i>	5	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
<i>ABELCET INJ 5MG/ML</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome inj 50mg</i>	5	B/D
<i>amphotericin b inj 50mg</i>	4	B/D
<i>CASPOFUNGIN ACETATE INJ 70MG</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>caspofungin acetate inj 50mg</i>	4	
<i>clotrimazole crea 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole soln 1%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	3	
CRESEMBA CAPS 186MG, 74.5MG	5	PA
<i>econazole nitrate crea 1%</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride inj 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	3	
<i>fluconazole susr 10mg/ml, 40mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>flucytosine caps 250mg, 500mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize susp 125mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize tabs 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole caps 100mg</i>	4	PA
JUBLIA SOLN 10%	5	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	2	
<i>micafungin inj 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nyamyc powd 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	3	
<i>nystop powd 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole dr tbec 100mg</i>	5	PA
<i>posaconazole susp 40mg/ml</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl tabs 250mg</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole crea 0.4%, 0.8%</i>	3	
<i>voriconazole inj 200mg</i>	5	PA
<i>voriconazole susr 40mg/ml</i>	5	
<i>voriconazole tabs 200mg, 50mg</i>	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide caps 25mg, 50mg</i>	3	B/D
GLEOSTINE CAPS 10MG, 40MG	4	
GLEOSTINE CAPS 100MG	5	
LEUKERAN TABS 2MG	5	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MATULANE CAPS 50MG	5	
VALCHLOR GEL 0.016%	5	PA
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA
POMALYST CAPS 3MG, 4MG	5	PA
POMALYST CAPS 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
THALOMID CAPS 100MG, 50MG	5	PA
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tabs 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>abirtega tabs 250mg</i>	2	PA
<i>bicalutamide tabs 50mg</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG, 60MG	5	PA
EULEXIN CAPS 125MG	4	
<i>nilutamide tabs 150mg</i>	5	
NUBEQA TABS 300MG	5	PA
XTANDI CAPS 40MG	5	PA
XTANDI TABS 40MG, 80MG	5	PA
YONSA TABS 125MG	5	PA
Antiestrógenos/modificadores		
ORSERDU TABS 345MG, 86MG	5	PA
SOLTAMOX SOLN 10MG/5ML	5	
<i>tamoxifen citrate tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>toremifene citrate tabs 60mg</i>	4	
Antimetabolitos		
<i>hydroxyurea caps 500mg</i>	2	
<i>mercaptopurine susp 2000mg/100ml</i>	5	
<i>mercaptopurine tabs 50mg</i>	3	
TABLOID TABS 40MG	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABS 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
INREBIC CAPS 100MG	5	PA
ITOVEBI TABS 9MG	5	PA
ITOVEBI TABS 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
IWLFIN TABS 192MG	5	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>leucovorin calcium tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium tabs 15mg, 25mg</i>	3	
LONSURF TABS 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA
LYSODREN TABS 500MG	5	
OGSIVEO TABS 100MG, 150MG, 50MG	5	PA
OJEMDA SUSR 25MG/ML	5	PA
OJEMDA TABS 100MG	5	PA
ONUREG TABS 200MG, 300MG	5	PA
REVUFORJ TABS 110MG, 160MG, 25MG	5	PA
VONJO CAPS 100MG	5	PA
ZOLINZA CAPS 100MG	5	PA
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs 400mg</i>	5	
VORANIGO TABS 40MG	5	PA
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THPK 0.8MG; 200MG	5	PA
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tabs 1mg</i>	2	
<i>exemestane tabs 25mg</i>	2	
<i>letrozole tabs 2.5mg</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA CAPS 150MG	5	PA
ALUNBRIG TABS 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TABS 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TBPK 0	5	QL(60 EA por 365 días); PA
AUGTYRO CAPS 160MG, 40MG	5	PA
AYVAKIT TABS 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
BALVERSA TABS 3MG, 4MG, 5MG	5	PA
BOSULIF CAPS 100MG, 50MG	5	PA
BOSULIF TABS 100MG, 400MG, 500MG	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA
BRUKINSA CAPS 80MG	5	PA
CABOMETYX TABS 40MG, 60MG	5	PA
CABOMETYX TABS 20MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
CALQUENCE TABS 100MG	5	PA
CAPRELSA TABS 300MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA
COPIKTRA CAPS 15MG, 25MG	5	PA
COTELLIC TABS 20MG	5	PA
DANZITEN TABS 71MG, 95MG	5	PA
<i>dasatinib tabs 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	5	PA
DAURISMO TABS 100MG, 25MG	5	PA
ERIVEDGE CAPS 150MG	5	PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg</i>	4	PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	5	PA
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>everolimus tabs 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA
FOTIVDA CAPS 0.89MG, 1.34MG	5	PA
FRUZAQLA CAPS 1MG, 5MG	5	PA
GAVRETO CAPS 100MG	5	PA
<i>gefitinib tabs 250mg</i>	5	PA
GILOTrif TABS 20MG, 30MG, 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
GOMEKLI CAPS 1MG, 2MG	5	PA
GOMEKLI TBSO 1MG	5	PA
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
ICLUSIG TABS 30MG, 45MG	5	PA
ICLUSIG TABS 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
IDHIFA TABS 100MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>imatinib mesylate tabs 100mg</i>	3	PA
<i>imatinib mesylate tabs 400mg</i>	5	PA
IMBRUVICA CAPS 140MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
IMBRUVICA CAPS 70MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA
IMBRUVICA SUSP 70MG/ML	5	PA
IMBRUVICA TABS 420MG	5	PA
IMBRUVICA TABS 140MG, 280MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA
IMKELDI SOLN 80MG/ML	5	PA
INLYTA TABS 1MG, 5MG	5	PA
INQOVI TABS 100MG; 35MG	5	PA
JAKAFI TABS 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JAKAFI TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
JAYPIRCA TABS 100MG	5	PA
JAYPIRCA TABS 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
KISQALI TBPK 200MG	5	PA
KOSELUGO CAPS 10MG, 25MG	5	PA
KRAZATI TABS 200MG	5	PA
<i>lapatinib ditosylate tabs 250mg</i>	5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	5	PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	5	PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA
LORBRENA TABS 100MG, 25MG	5	PA
LUMAKRAS TABS 120MG, 240MG, 320MG	5	PA
LYNPARZA TABS 100MG, 150MG	5	PA
LYTGOBI TBPK 4MG	5	PA
MEKINIST SOLR 0.05MG/ML	5	PA
MEKINIST TABS 0.5MG, 2MG	5	PA
MEKTOVI TABS 15MG	5	PA
NERLYNX TABS 40MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
<i>nilotinib hydrochloride caps 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA
NINLARO CAPS 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA
ODOMZO CAPS 200MG	5	PA
OJJAARA TABS 100MG, 200MG	5	PA
OJJAARA TABS 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>pazopanib hydrochloride tabs 200mg</i>	5	PA
PEMAZYRE TABS 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200MG	5	PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TBPK 0	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150MG	5	PA
QINLOCK TABS 50MG	5	PA
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
REZLIDHIA CAPS 150MG	5	PA
ROMVIMZA CAPS 14MG, 20MG, 30MG	5	PA
ROZLYTREK CAPS 100MG, 200MG	5	PA
ROZLYTREK PACK 50MG	5	PA
RUBRACA TABS 250MG, 300MG	5	PA
RUBRACA TABS 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
RYDAPT CAPS 25MG	5	PA
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
SCEMBLIX TABS 40MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
SCEMBLIX TABS 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>sorafenib tosylate tabs 200mg</i>	5	PA
STIVARGA TABS 40MG	5	PA
<i>sunitinib malate caps 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	PA
TABRECTA TABS 150MG, 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
TAFINLAR CAPS 50MG, 75MG	5	PA
TAFINLAR TBSO 10MG	5	PA
TAGRISSO TABS 80MG	5	PA
TAGRISSO TABS 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA
TAZVERIK TABS 200MG	5	PA
TEPMETKO TABS 225MG	5	PA
TIBSOVO TABS 250MG	5	PA
<i>torpenz tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TRUQAP TABS 160MG, 200MG	5	PA
TUKYSA TABS 150MG, 50MG	5	PA
TURALIO CAPS 125MG	5	PA
VANFLYTA TABS 17.7MG, 26.5MG	5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK TBPK 0	5	PA
VENCLEXTA TABS 10MG	4	PA
VENCLEXTA TABS 100MG, 50MG	5	PA
VERZENIO TABS 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	5	PA
VITRAKVI CAPS 100MG, 25MG	5	PA
VITRAKVI SOLN 20MG/ML	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla
yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VIZIMPRO TABS 15MG, 30MG, 45MG	5	PA
XALKORI CAPS 200MG, 250MG	5	PA
XALKORI CPSP 150MG, 20MG, 50MG	5	PA
XOSPATA TABS 40MG	5	PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20MG	5	PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20MG	5	PA
XPOVIO TBPK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG	5	PA
ZEJULA TABS 200MG, 300MG	5	PA
ZEJULA TABS 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZELBORA TABS 240MG	5	PA
ZYDELIG TABS 100MG, 150MG	5	PA
ZYKADIA TABS 150MG	5	PA
Retinoides		
<i>bexarotene caps 75mg</i>	5	PA
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA
PANRETIN GEL 0.1%	5	
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs 200mg</i>	4	
<i>ivermectin tabs 3mg, 6mg</i>	2	PA
<i>praziquantel tabs 600mg</i>	4	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tabs 250mg; 100mg</i>	4	
<i>atovaquone susp 750mg/5ml</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg, 500mg</i>	4	
<i>COARTEM TABS 20MG; 120MG</i>	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride tabs 250mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tabs 500mg</i>	5	
<i>pentamidine isethionate inj 300mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr 300mg</i>	4	B/D
<i>primaquine phosphate tabs 26.3mg</i>	3	
<i>pyrimethamine tabs 25mg</i>	5	PA
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride conc 100mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj 25mg/ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fluphenazine hcl conc 5mg/ml	4	
fluphenazine hydrochloride elix 2.5mg/5ml	4	
fluphenazine hydrochloride inj 2.5mg/ml	4	
fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg	4	
haloperidol decanoate inj 100mg/ml, 50mg/ml	3	
haloperidol lactate inj 5mg/ml	2	
haloperidol conc 2mg/ml	2	
haloperidol tabs 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg	2	
haloperidol tabs 20mg	3	
loxapine caps 10mg, 25mg, 50mg, 5mg	2	
molindone hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 5mg	4	
perphenazine tabs 2mg, 4mg	3	
perphenazine tabs 16mg, 8mg	4	
pimozide tabs 1mg, 2mg	4	
thioridazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg	4	
trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg	3	
trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg	3	
Resistente al tratamiento		
clozapine odt tbdp 200mg	4	QL(120 EA por 30 días)
clozapine odt tbdp 150mg	4	QL(180 EA por 30 días)
clozapine odt tbdp 100mg, 25mg	4	QL(270 EA por 30 días)
clozapine odt tbdp 12.5mg	4	QL(90 EA por 30 días)
clozapine tabs 50mg	3	QL(180 EA por 30 días)
clozapine tabs 25mg	3	QL(270 EA por 30 días)
clozapine tabs 200mg	4	QL(120 EA por 30 días)
clozapine tabs 100mg	4	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ SUSP 50MG/ML	5	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA INJ 300MG, 400MG	5	
ariPIPRAZOLE odt tbdp 10mg, 15mg	4	QL(60 EA por 30 días)
ariPIPRAZOLE soln 1mg/ml	4	QL(750 ML por 30 días)
ariPIPRAZOLE tabs 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
ARISTADA INITIO INJ 675MG/2.4ML	5	
ARISTADA INJ 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	5	
asenapine maleate sl subl 10mg, 2.5mg, 5mg	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA CAPS 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
FANAPT TITRATION PACK A TABS 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	QL(60 EA por 30 días); ST
INVEGA HAFYERA INJ 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	5	ST
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	5	
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABS 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST
NUPLAZID CAPS 34MG	5	PA
NUPLAZID TABS 10MG	5	PA
<i>olanzapine odt tbdp 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine inj 10mg</i>	4	
<i>olanzapine tabs 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tb24 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS INJ 120MG, 90MG	5	
<i>quetiapine fumarate er tb24 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tb24 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tb24 150mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tabs 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	5	
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone soln 1mg/ml</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
SECUADO PT24 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST
VRAYLAR CAPS 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl caps 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ziprasidone mesylate inj 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPS 250MG	5	QL(120 EA por 30 días)
atazanavir sulfate caps 300mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atazanavir caps 150mg	4	
atazanavir caps 200mg	4	QL(60 EA por 30 días)
darunavir tabs 800mg	4	QL(30 EA por 30 días)
darunavir tabs 600mg	4	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ TABS 300MG; 150MG	5	QL(30 EA por 30 días)
fosamprenavir calcium tabs 700mg	5	QL(120 EA por 30 días)
KALETRA SOLN 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	4	
NORVIR PACK 100MG	4	QL(360 EA por 30 días)
PREZCOBIX TABS 150MG; 800MG	5	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSP 100MG/ML	5	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABS 75MG	4	QL(300 EA por 30 días)
PREZISTA TABS 150MG	5	QL(180 EA por 30 días)
REYATAZ PACK 50MG	5	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir tabs 100mg</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA TABS 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABS 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABS 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
Agentes anti-VIH, otros		
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA TB12 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLN 20MG/ML	5	
SUNLENCA TABS 300MG	5	QL(24 EA por 168 días)
SUNLENCA TBPK 300MG X 5 TABLETS	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TBPK 300MG X 4 TABLETS	5	QL(8 EA por 365 días)
TYBOST TABS 150MG	3	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
LIVTENCITY TABS 200MG	5	
PREVYMIS PACK 120MG, 20MG	5	
PREVYMIS TABS 240MG, 480MG	5	
<i>valganciclovir hydrochloride sol/r 50mg/ml</i>	5	
<i>valganciclovir tabs 450mg</i>	3	
Agentes antigripiales		
<i>oseltamivir phosphate caps 75mg</i>	2	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate caps 30mg</i>	2	QL(168 EA por 365 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oseltamivir phosphate caps 45mg</i>	2	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate susr 6mg/ml</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACK 50MG; 20MG	5	QL(560 EA por 365 días); PA
MAVYRET TABS 100MG; 40MG	5	QL(336 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir tabs 400mg; 100mg</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABS 400MG; 100MG; 100MG	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir caps 200mg</i>	2	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tabs 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 1gm, 500mg</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABS 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DOVATO TABS 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA TABS 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD TABS 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS PACK 100MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABS 400MG	5	QL(60 EA por 30 días)
JULUCA TABS 50MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD TABS 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD TBSO 5MG	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABS 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABS 100MG; 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT TABS 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg; 200mg; 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>efavirenz tabs 600mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 25mg; 300mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tabs 100mg, 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABS 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine susp 50mg/5ml</i>	4	QL(1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine tabs 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABS 100MG	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tabs 600mg; 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir soln 20mg/ml</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
<i>abacavir tabs 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO TABS 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY TABS 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tabs 167mg; 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLN 10MG/ML	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine tabs 150mg; 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tabs 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine tabs 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY TABS 200MG; 25MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD TBSO 60MG; 5MG; 30MG	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIUMEQ TABS 600MG; 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIREAD POWD 40MG/GM	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine caps 100mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrp 50mg/5ml</i>	4	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tabs 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tabs 10mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BARACLUDE SOLN 0.05MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TBPK (300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5)	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK (150MG-100MG)	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK (300MG-100MG)	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
KIONEX SUSP 15GM/60ML	3	
LOKELMA PACK 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd 0</i>	3	
<i>sps susp 15gm/60ml</i>	3	
VELTASSA PACK 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPS 100MG	5	
<i>deferasirox pack 180mg, 360mg, 90mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tbso 125mg, 250mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tbso 500mg</i>	5	PA
JYNARQUE TABS 15MG, 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>penicillamine tabs 250mg</i>	5	
<i>trientine hydrochloride caps 250mg</i>	5	PA
Reemplazo de electrolitos/minerales		
<i>carglumic acid tbso 200mg</i>	5	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% inj 5%; 0.45%</i>	4	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% inj 5%; 0.9%</i>	4	
<i>dextrose 5% inj 5%</i>	2	
<i>klor-con 10 tbcr 10meq</i>	2	
<i>klor-con 8 tbcr 8meq</i>	2	
<i>klor-con m10 tbcr 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 tbcr 15meq</i>	3	
<i>klor-con m20 tbcr 20meq</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PLENAMINE INJ 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	4	B/D
<i>potassium chloride er cpcr 10meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tbcr 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tbcr 15meq</i>	3	
<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral soln 10%</i>	4	
<i>potassium citrate er tbcr 1080mg, 15meq, 540mg</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% inj 0.45%</i>	3	
<i>sodium chloride inj 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	2	ED
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	2	ED; QL (30 EA por 30 días)
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	2	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	2	ED
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tabs 650mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER CP12 25MG; 200MG</i>	4	
<i>CABLIVI INJ 11MG</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol tabs 100mg, 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	
<i>DOPTELET TABS 20MG</i>	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>ticagrelor tabs 60mg, 90mg</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate caps 110mg, 150mg, 75mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5MG</i>	3	QL(148 EA por 365 días)
<i>ELIQUIS TABS 2.5MG</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>ELIQUIS TABS 5MG</i>	3	QL(90 EA por 30 días)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml</i>	5	
<i>FRAGMIN INJ 2500UNIT/0.2ML</i>	4	
<i>FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 9500UNIT/3.8ML</i>	5	
<i>heparin sodium inj 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TBPK 0	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO SUSR 1MG/ML	3	QL(600 ML por 30 días)
XARELTO TABS 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABS 2.5MG	3	QL(360 EA por 30 días)
XARELTO TABS 15MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride caps 0.5mg, 1mg</i>	3	
<i>eltrombopag olamine pack 12.5mg, 25mg</i>	5	PA
<i>eltrombopag olamine tabs 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	5	PA
<i>NEULASTA INJ 6MG/0.6ML</i>	5	PA
<i>PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML</i>	4	PA
<i>PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML</i>	5	PA
<i>RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML</i>	4	PA
<i>RETACRIT INJ 40000UNIT/ML</i>	5	PA
<i>UDENYCA INJ 6MG/0.6ML</i>	5	PA
<i>XOLREMDI CAPS 100MG</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>ZARXIO INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML</i>	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glipizide tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI TABS 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABS 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABS 100MG, 25MG, 50MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABS 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO INJ 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide tabs 120mg, 60mg</i>	6	
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tabs 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	6	
RYBELSUS TABS 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABS 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33 INJ 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABS 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TB24 10MG; 5MG; 1000MG, 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	3	
TRULICITY INJ 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK POWD 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide susp 50mg/ml</i>	5	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJ 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJ 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJ 100UNIT/ML	3	
FIASP INJ 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJ 100UNIT/ML	3	
<i>insulin lispro inj 100unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJ 100UNIT/ML	3	
LYUMJEV KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
LYUMJEV INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG MIX 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJ 100UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
TRESIBA INJ 100UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
Relajantes musculares esqueléticos		
cyclobenzaprine hydrochloride tabs 10mg, 5mg	3	PA
methocarbamol tabs 500mg, 750mg	2	
orphenadrine citrate er tb12 100mg	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
betaine anhydrous powd 0	5	
CERDELGA CAPS 84MG	5	PA
CHOLBAM CAPS 250MG, 50MG	5	PA
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
cromolyn sodium conc 100mg/5ml	4	
CYSTAGON CAPS 150MG, 50MG	4	
EVRYSDI SOLR 0.75MG/ML	5	QL(240 ML por 30 días); PA
I-glutamine pack 5gm	5	PA
miglustat caps 100mg	5	PA
nitisinone caps 10mg, 20mg, 2mg, 5mg	5	
PROLASTIN-C INJ 1000MG/20ML	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK TBPK 0, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABS 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABS 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCORI INJ 2.4MG/1.5ML	5	PA
sapropterin dihydrochloride pack 100mg, 500mg	5	PA
sapropterin dihydrochloride tabs 100mg	5	PA
sodium phenylbutyrate powd 3gm/tsp	5	
SUCRAID SOLN 8500UNIT/ML	5	PA
WELIREG TABS 40MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla viendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
YARGESA CAPS 100MG	5	PA
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
abacavir	56
abacavir sulfate/lamivudine	56
ABELCET	44
abigale lo	17
ABILITY MAINTENA	52
abiraterone acetate	46
abirtega	46
ABRYSVO	25
acamprostate calcium dr	29
acarbose	59
acebutolol hydrochloride	3
acetaminophen/codeine	34
acetaminophen/codeine phosphate	34
acetazolamide	27
acetazolamide er	27
acetic acid	34
acitretin	12
ACTHIB	25
ACTIMMUNE	23
acyclovir	14
acyclovir	55
acyclovir sodium	55
ADACEL	25
adalimumab-aaty 1-pen kit	24
adalimumab-aaty 2-pen kit	24
adalimumab-aaty 2-syringe kit	24
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS STARTER	24
ADALIMUMAB-ADBM	24
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS STARTER	24
ADALIMUMAB-ADBM	24
PSORIASIS/UVEITIS STARTER	24
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS	24
ADALIMUMAB-ADBM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UVEITIS	24
ADBRY	12
adefovir dipivoxil	56
ADEMPAS	31
ADVAIR HFA	30
AIMOVIG	1

Nombre del medicamento	Página
AIRSUPRA	30
AKEEGA	46
albendazole	51
albuterol sulfate	33
albuterol sulfate hfa	DisplayT
alclometasone dipropionate	12
ALCOHOL PREP PADS	33
ALECENSA	47
alendronate sodium	8
alfuzosin hcl er	16
aliskiren	4
allopurinol	8
alosetron hydrochloride	14
alprazolam	36
altavera	17
ALUNBRIG	47
alyacen 1/35	17
alyq	31
amantadine hcl	2
ambrisentan	31
amikacin sulfate	36
amiloride hcl	6
amiloride/hydrochlorothiazide	4
amiodarone hydrochloride	5
amitriptyline hcl	42
amitriptyline hydrochloride	42
amlodipine besylate	3
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	4
amlodipine besylate/valsartan	4
ammonium lactate	12
amnesteem	12
amoxapine	42
amoxicillin	38
amoxicillin/clavulanate potassium	38
amoxicillin/clavulanate potassium er	37
amphetamine/dextroamphetamine	10
amphotericin b	44
amphotericin b liposome	44
ampicillin	38
ampicillin sodium	38
ampicillin/sulbactam	38
ampicillin-sulbactam	38
anagrelide hydrochloride	59
anastrozole	47
ANORO ELLIPTA	30
aprepitant	43

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
APTIVUS	54	azelastine hydrochloride	31
AREXVY	26	azithromycin	38
<i>arformoterol tartrate</i>	33	aztreonam	36
ARIKAYCE	36	azurette	17
<i>ariPIPRAZOLE</i>	52	bacitracin	28
<i>ariPIPRAZOLE odt</i>	52	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	27
ARISTADA	52	<i>baclofen</i>	1
ARISTADA INITIO	52	<i>balsalazide disodium</i>	8
ARMODAFINIL	11	BALVERSA	47
ARNUNITY ELLIPTA	32	<i>balziva</i>	17
<i>asenapine maleate sl</i>	52	BAQSIMI ONE PACK	61
<i>ashlynA</i>	17	BARACLUDE	57
ASMANEX HFA	32	<i>bcg vaccine</i>	26
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	32	BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	33
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	32	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	33
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	32	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.5ML/30G X 12.7MM	33
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER <i>atazanavir</i>	58	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 8MM	33
<i>atazanavir sulfate</i>	54	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRAFINE/29G X 12.7MM	33
<i>atenolol</i>	3	BELSOMRA	11
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	4	<i>benazepril hydrochloride</i>	7
<i>atomoxetine</i>	10	<i>benazepril</i>	4
<i>atorvastatin calcium</i>	6	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atovaquone</i>	51	BENLYSTA	22
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	51	<i>benztropine mesylate</i>	2
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	51	BESIVANCE	28
<i>atropine sulfate</i>	27	BESREMI	23
ATROVENT HFA	32	<i>betaine anhydrous</i>	62
<i>aubra eq</i>	17	<i>betamethasone dipropionate</i>	13
AUGMENTIN	38	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	12
AUGTYRO	47	<i>betamethasone valerate</i>	13
AUSTEDO	10	BETASERON	9
AUSTEDO XR	10	<i>betaxolol hcl</i>	3
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	10	<i>betaxolol hcl</i>	27
AUVELITY	42	<i>bethanechol chloride</i>	16
<i>aviane</i>	17	<i>bexarotene</i>	51
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	47	BEXSERO	26
AVONEX	8	<i>bicalutamide</i>	46
AVONEX PEN	8	BICILLIN L-A	38
AYVAKIT	47	BIKTARVY	55
<i>azathioprine</i>	24	<i>bisoprolol fumarate</i>	3
<i>azelaic acid</i>	12	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>azelastine hcl</i>	27		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BIVIGAM	24	carbidopa	2
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	17	carbidopa/levodopa	2
BOOSTRIX	26	carbidopa/levodopa er	2
BOSULIF	47	carbidopa/levodopa odt	2
BRAFTOVI	47	carglumic acid	57
BREO ELLIPTA	30	carteolol hcl	27
<i>breyna</i>	30	cartia xt	3
BREZTRI AEROSPHERE	30	carvedilol	3
<i>briellyn</i>	17	CASPOFUNGIN ACETATE	44
BRIMONIDINE TARTRATE	27	CAYSTON	31
BRIVIACT	41	cefaclor	37
<i>bromfenac sodium</i>	28	cefadroxil	37
<i>bromocriptine mesylate</i>	2	cefazolin sodium	37
BRUKINSA	47	cefdinir	37
<i>budesonide</i>	8	cefepime	37
<i>budesonide</i>	32	cefixime	37
<i>budesonide er</i>	8	cefotetan	37
<i>bumetanide</i>	7	cefoxitin sodium	37
<i>buprenorphine</i>	34	cefpodoxime proxetil	37
<i>buprenorphine hcl</i>	29	cefprozil	37
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	29	ceftazidime	37
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	29	ceftriaxone sodium	37
<i>bupropion hydrochloride</i>	42	cefuroxime axetil	37
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	29	cefuroxime sodium	37
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	42	celecoxib	35
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	42	cephalexin	37
<i>buspirone hcl</i>	35	CERDELGA	62
<i>buspirone hydrochloride</i>	35	cetirizine hydrochloride	31
butalbital/acetaminophen/caffeine	10	CHEMET	57
<i>cabergoline</i>	21	chlorhexidine gluconate	11
CABLIVI	58	chloroquine phosphate	51
CABOMETYX	47	chlorpromazine hydrochloride	51
<i>calcipotriene</i>	11	chlorthalidone	7
<i>calcitonin-salmon</i>	8	CHOLBAM	62
<i>calcitriol</i>	8	cholestyramine	6
CALQUENCE	47	cholestyramine light	6
<i>camila</i>	20	ciclopirox	14
<i>camrese lo</i>	17	ciclopirox nail lacquer	14
candesartan cilexetil	5	ciclopirox olamine	14
<i>candesartan</i>	4	cilstazol	58
cilexetil/hydrochlorothiazide		CIMDUO	56
CAPLYTA	52	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	8
CAPRELSA	47	CINRYZE	23
<i>captopril</i>	7	ciprofloxacin hcl	38
<i>carbamazepine</i>	40	ciprofloxacin hydrochloride	28
<i>carbamazepine er</i>	40	ciprofloxacin hydrochloride	39
		<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	39

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>citalopram hydrobromide</i>	43	<i>cromolyn sodium</i>	62
claravis	12	<i>cryselle-28</i>	17
clarithromycin	38	CTEXLI	15
clarithromycin er	38	CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	34
CLENPIQ	15	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	62
CLIMARA PRO	17	<i>cyclophosphamide</i>	45
clindacin etz pledges	36	<i>cycloserine</i>	44
clindamycin hcl	36	<i>cyclosporine</i>	24
clindamycin hydrochloride	36	<i>cyclosporine modified</i>	24
clindamycin palmitate hydrochloride	36	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	32
clindamycin phosphate	14	CYSTAGON	62
clindamycin phosphate	36	CYSTARAN	27
clobazam	39	<i>dabigatran etexilate</i>	58
clobetasol propionate	13	<i>dalfampridine er</i>	9
clobetasol propionate e	13	<i>danazol</i>	17
clomipramine hydrochloride	42	<i>dantrolene sodium</i>	1
clonazepam	39	DANZITEN	48
clonazepam odt	39	<i>dapagliflozin propanediol</i>	7
clonidine	5	<i>dapsone</i>	44
clonidine hydrochloride	5	DAPTACEL	26
clopidogrel	58	<i>daptomycin</i>	36
clorazepate dipotassium	36	<i>darunavir</i>	54
clotrimazole	45	<i>dasatinib</i>	48
clotrimazole/betamethasone	12	DAURISMO	48
dipropionate		<i>debilitane</i>	20
clozapine	52	<i>deferasirox</i>	57
clozapine odt	52	DELSTRIGO	55
COARTEM	51	<i>demeocycline hcl</i>	39
COBENFY	10	DEPO-SUBQ PROVERA 104	20
COBENFY STARTER PACK	10	DESCOZY	56
colchicine	8	<i>desipramine hydrochloride</i>	42
colestipol hydrochloride	6	<i>desmopressin acetate</i>	16
colistimethate sodium	36	<i>desonide</i>	13
COMBIGAN	27	<i>desoximetasone</i>	13
COMBIVENT RESPIMAT	30	<i>desvenlafaxine er</i>	43
COMETRIQ	48	<i>dexamethasone</i>	20
compro	44	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	28
constulose	14	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	10
COPIKTRA	48	<i>dextrose 5%</i>	57
COSENTYX	22	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	57
COSENTYX SENSOREADY PEN	22	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	57
COSENTYX UNOREADY	22	DIACOMIT	39
COTELLIC	48	<i>diazepam</i>	36
CREON	62	<i>diazepam intensol</i>	36
CRESEMBA	45	<i>diazepam rectal gel</i>	40
<i>cromolyn sodium</i>	27	<i>diazoxide</i>	61
<i>cromolyn sodium</i>	33	<i>diclofenac sodium</i>	12

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diclofenac sodium</i>	28	EDURANT	55
<i>diclofenac sodium</i>	35	efavirenz	56
<i>diclofenac sodium dr</i>	35	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir</i>	55
<i>dicloxacillin sodium</i>	38	<i>disoproxil fumarate</i>	
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	16	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
DIFICID	38	ELIQUIS	58
<i>digoxin</i>	5	ELIQUIS STARTER PACK	58
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1	ELMIRON	16
DILANTIN	40	<i>eltrombopag olamine</i>	59
<i>diltiazem hcl</i>	3	<i>eluryng</i>	17
<i>diltiazem hcl er</i>	3	EMGALITY	2
<i>diltiazem hydrochloride</i>	3	EMPAVELI	22
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	3	EMSAM	42
<i>dilt-xr</i>	3	<i>emtricitabine</i>	56
<i>dimethyl fumarate</i>	9	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir</i>	56
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	9	<i>disoproxil fumarate</i>	
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	14	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	56
<i>disulfiram</i>	29	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	56
<i>divalproex sodium dr</i>	40	EMTRIVA	56
<i>divalproex sodium er</i>	40	<i>enalapril maleate</i>	7
<i>dofetilide</i>	5	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>dolishale</i>	17	ENBREL	24
<i>donepezil hcl</i>	1	ENBREL MINI	24
<i>donepezil hydrochloride</i>	1	ENBREL SURECLICK	24
DOPTELET	58	<i>endocet</i>	34
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	27	ENGERIX-B	26
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	27	<i>enilloring</i>	17
DOTTI	17	<i>enoxaparin sodium</i>	59
DOVATO	55	<i>entacapone</i>	2
<i>doxazosin mesylate</i>	16	<i>entecavir</i>	57
<i>doxepin hcl</i>	42	ENTRESTO	4
<i>doxepin hydrochloride</i>	11	<i>enulose</i>	14
<i>doxepin hydrochloride</i>	42	ENVARSUS XR	24
<i>doxy 100</i>	39	<i>EPIDIOLEX</i>	41
<i>doxycycline</i>	39	<i>epinephrine</i>	33
<i>doxycycline hyclate</i>	11	<i>epitol</i>	40
<i>doxycycline hyclate</i>	39	<i>eplerenone</i>	5
<i>doxycycline monohydrate</i>	39	EPRONTIA	41
DRIZALMA SPRINKLE	43	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1
<i>dronabinol</i>	44	ERIVEDGE	48
<i>droxidopa</i>	5	ERLEADA	46
DULERA	30	<i>erlotinib hydrochloride</i>	48
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	43	<i>errin</i>	20
DUPIXENT	22	<i>ertapenem sodium</i>	38
<i>dutasteride</i>	16	<i>ery</i>	14
<i>econazole nitrate</i>	45		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
erythromycin	14	finasteride	16
erythromycin	28	fingolimod hydrochloride	9
erythromycin dr	38	FINTEPLA	41
erythromycin/benzoyl peroxide	12	FIRMAGON	21
escitalopram oxalate	43	FLAREX	28
eslicarbazepine acetate	40	flecainide acetate	5
esomeprazole magnesium	16	fluconazole	45
estarrylla	17	fluconazole in sodium chloride	45
estradiol	18	flucytosine	45
estradiol/norethindrone acetate	18	fludrocortisone acetate	20
ESTRING	18	fluocinolone acetonide	13
ESZOPICLONE	11	fluocinonide	13
ethambutol hydrochloride	44	fluorouracil	12
ethosuximide	39	fluoxetine hydrochloride	43
etonogestrel/ethynodiol estradiol	18	fluphenazine decanoate	51
etrvirine	56	fluphenazine hcl	52
EUCRISA	13	fluphenazine hydrochloride	52
EULEXIN	46	flurbiprofen	35
everolimus	24	flurbiprofen sodium	28
everolimus	48	fluticasone propionate	13
EVOTAZ	54	fluticasone propionate	32
EVRYSDI	62	fluticasone propionate/salmeterol	30
exemestane	47	fluticasone propionate/salmeterol diskus	30
ezetimibe	6	fluvastatin	6
ezetimibe/simvastatin	6	fluvastatin sodium er	6
falmina	18	fluvoxamine maleate	43
famciclovir	55	fondaparinux sodium	59
famotidine	15	FORTEO	8
FANAPT	53	fosamprenavir calcium	54
FANAPT TITRATION PACK A	52	fosfomycin tromethamine	36
FARXIGA	7	fosinopril sodium	7
FASENRA	30	fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	4
FASENRA PEN	30	FOTIVDA	48
feirza 1.5/30	18	FRAGMIN	59
feirza 1/20	18	FRUZAQLA	48
felbamate	41	furosemide	7
felodipine er	3	fyavolv	18
fenofibrate	6	FYCOMPA	41
fenofibrate micronized	6	gabapentin	40
fenofibric acid dr	6	galantamine hydrobromide	1
fentanyl	34	galantamine hydrobromide er	1
FETZIMA	43	gallifrey	20
FETZIMA TITRATION PACK	43	GARDASIL 9	26
FIASP	61	gatifloxacin	28
FIASP FLEXTOUCH	61	gavilyte-c	15
FIASP PENFILL	61	gavilyte-g	15
FINACEA	12	GAVRETO	48

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>gefitinib</i>	48	HUMIRA	25
<i>gemfibrozil</i>	6	HUMIRA PEN	25
GEMTESA	16	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	25
<i>generlac</i>	14	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	25
<i>gengraf</i>	25	HUMULIN 70/30	61
GENOTROPIN	17	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61
GENOTROPIN MINIQUICK	17	HUMULIN N	61
<i>gentamicin sulfate</i>	28	HUMULIN N KWIKPEN	61
<i>gentamicin sulfate</i>	36	HUMULIN R	61
GENVOYA	55	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61
GILOTrif	48	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61
<i>glatiramer acetate</i>	9	<i>hydralazine hydrochloride</i>	7
GLEOSTINE	45	<i>hydrochlorothiazide</i>	7
<i>glimepiride</i>	59	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	34
<i>glipizide</i>	60	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	34
<i>glipizide er</i>	59	<i>hydrocortisone</i>	8
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	60	<i>hydrocortisone</i>	13
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	61	<i>hydrocortisone</i>	20
<i>glyburide</i>	60	<i>hydrocortisone valerate</i>	13
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	60	<i>hydromorphone hcl</i>	34
<i>glycopyrrolate</i>	16	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	35
GLYXAMBI	60	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	51
GOMEKLI	48	<i>hydroxyurea</i>	46
<i>griseofulvin microsize</i>	45	<i>hydroxyzine hcl</i>	32
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	45	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	32
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	10	<i>hydroxyzine pamoate</i>	32
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	61	<i>ibandronate sodium</i>	8
GVOKE KIT	61	IBRANCE	46
GVOKE PFS	61	IBRANCE	48
<i>halobetasol propionate</i>	13	<i>ibu</i>	35
<i>haloette</i>	18	<i>ibuprofen</i>	35
<i>haloperidol</i>	52	<i>icatibant acetate</i>	23
<i>haloperidol decanoate</i>	52	<i>iclevia</i>	18
<i>haloperidol lactate</i>	52	ICLUSIG	48
HAVRIX	26	<i>icosapent ethyl</i>	6
<i>heather</i>	20	IDHIFA	48
<i>heparin sodium</i>	59	<i>imatinib mesylate</i>	48
HEPLISAV-B	26	IMBRUVICA	48
HIBERIX	26	<i>imipenem/cilastatin</i>	38
HUMALOG	61	<i>imipramine hcl</i>	42
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61	<i>imipramine hydrochloride</i>	42
HUMALOG KWIKPEN	61	<i>imiquimod</i>	12
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61	IMKELDI	48
HUMALOG MIX 75/25	61	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	26
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61	IMPAVIDO	36
HUMATIN	36	INBRIJA	2
		<i>incassia</i>	20

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
INCRELEX	17	JUBBONTI	8
INCRUSE ELLIPTA	32	JUBLIA	45
<i>indapamide</i>	7	JULUCA	55
<i>indomethacin</i>	35	junel 1.5/30	18
<i>indomethacin er</i>	35	<i>junel 1/20</i>	18
INFANRIX	26	<i>junel fe 1.5/30</i>	18
INGREZZA	10	<i>junel fe 1/20</i>	18
INLYTA	48	JYLAMVO	25
INQOVI	48	JYNARQUE	57
INREBIC	46	JYNNEOS	26
<i>insulin lispro</i>	61	KALETRA	54
INTELENCE	56	KALYDECO	31
<i>introvale</i>	18	<i>kariva</i>	18
INVEGA HAFYERA	53	<i>kelnor 1/35</i>	18
INVEGA SUSTENNA	53	<i>kelnor 1/50</i>	18
INVEGA TRINZA	53	KERENDIA	5
IPOL INACTIVATED IPV	26	KESIMPTA	9
<i>ipratropium bromide</i>	32	<i>ketoconazole</i>	45
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	30	<i>ketorolac tromethamine</i>	29
<i>irbesartan</i>	5	<i>ketorolac tromethamine</i>	35
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	4	KINERET	22
ISENTRESS	55	KINRIX	26
ISENTRESS HD	55	KIONEX	57
<i>isoniazid</i>	44	KISQALI	49
<i>isosorbide dinitrate</i>	7	KISQALI FEMARA 400 DOSE	46
<i>isosorbide mononitrate</i>	7	KISQALI FEMARA 600 DOSE	46
<i>isosorbide mononitrate er</i>	7	<i>klor-con 10</i>	57
<i>isotretinoin</i>	12	<i>klor-con 8</i>	57
ISTURISA	17	<i>klor-con m10</i>	57
ITOVEBI	46	<i>klor-con m15</i>	57
itraconazole	45	<i>klor-con m20</i>	57
ivabradine hydrochloride	4	KLOXXADO	29
<i>ivermectin</i>	51	KOSELUGO	49
IWILFIN	46	<i>kourzeq</i>	11
IXCHIQ	26	KRAZATI	49
IXIARO	26	<i>kurvelo</i>	18
jaimiess	18	<i>labetalol hydrochloride</i>	3
JAKAFI	48	<i>lacosamide</i>	40
jantoven	59	<i>lactulose</i>	14
JANUMET	60	<i>lamivudine</i>	56
JANUMET XR	60	<i>lamivudine</i>	57
JANUVIA	60	<i>lamivudine/zidovudine</i>	56
JARDIANCE	7	<i>lamotrigine</i>	41
JAYPIRCA	49	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	41
JENTADUETO	60	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	41
JENTADUETO XR	60	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	41
<i>jinteli</i>	18	<i>lansoprazole</i>	16

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LANTUS	61	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	4
LANTUS SOLOSTAR	61	<i>lithium</i>	29
<i>lapatinib ditosylate</i>	49	<i>lithium carbonate</i>	29
<i>larin 1.5/30</i>	18	<i>lithium carbonate er</i>	29
<i>larin 1/20</i>	18	LIVMARLI	15
<i>larin fe 1.5/30</i>	18	LIVTENCITY	54
<i>larin fe 1/20</i>	18	<i>lojaimiess</i>	19
<i>latanoprost</i>	29	LOKELMA	57
LAZCLUZE	46	LONSURF	47
<i>leflunomide</i>	25	<i>loperamide hydrochloride</i>	14
<i>lenalidomide</i>	46	<i>lopinavir/ritonavir</i>	54
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	49	<i>lorazepam</i>	36
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	49	<i>lorazepam intensol</i>	36
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	49	LORBRENA	49
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	49	<i>losartan potassium</i>	5
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	49	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	4
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	49	LOTEMAX SM	29
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	49	<i>lovastatin</i>	6
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	49	<i>low-ogestrel</i>	19
<i>lessina</i>	18	<i>loxapine</i>	52
<i>letrozole</i>	47	<i>lubiprostone</i>	14
<i>leucovorin calcium</i>	47	LUMAKRAS	49
LEUKERAN	45	LUMIGAN	29
<i>leuprolide acetate</i>	21	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	21
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	33	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	21
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	33	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	21
<i>levetiracetam</i>	41	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	21
<i>levetiracetam er</i>	41	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	21
<i>levobunolol hcl</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	22
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	32	<i>lurasidone hydrochloride</i>	53
<i>levofloxacin</i>	39	<i>lutera</i>	19
<i>levofloxacin in d5w</i>	39	LYBALVI	53
<i>levonest</i>	18	<i>lyleq</i>	20
<i>levonorgestrel and ethynodiol</i>	18	<i>lyllana</i>	19
<i>levonorgestrel/ethynodiol</i>	18	LYNPARZA	49
<i>levora 0.15/30-28</i>	18	LYSODREN	47
<i>levothyroxine sodium</i>	21	LYTGOBI	49
<i>levoxyl</i>	21	LYUMJEV	61
<i>l-glutamine</i>	62	LYUMJEV KWIKPEN	61
<i>lidocaine</i>	35	<i>lyza</i>	20
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	11	<i>magnesium sulfate</i>	57
<i>lidocaine/prilocaine</i>	35	<i>malathion</i>	14
LILETTA	20	<i>maraviroc</i>	54
<i>linezolid</i>	36	<i>marlissa</i>	19
LINZESS	14	MARPLAN	42
<i>liothyronine sodium</i>	21	MATULANE	46
<i>lisinopril</i>	7	MAVYRET	55

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
MAYZENT	9	midodrine hydrochloride	5
MAYZENT STARTER PACK	DisplayT	mifepristone	22
<i>meclizine hcl</i>	44	<i>miglustat</i>	62
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20	<i>mil</i>	19
<i>mefloquine hydrochloride</i>	51	<i>mimvey</i>	19
<i>megestrol acetate</i>	20	<i>minocycline hcl</i>	39
<i>MEKINIST</i>	49	<i>minocycline hydrochloride</i>	39
<i>MEKTOVI</i>	49	<i>minoxidil</i>	7
<i>meleya</i>	20	<i>mirtazapine</i>	42
<i>meloxicam</i>	35	<i>mirtazapine odt</i>	42
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	<i>misoprostol</i>	16
<i>memantine hydrochloride</i>	1	<i>M-M-R II</i>	26
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	1	<i>modafinil</i>	11
<i>menquadfi</i>	26	<i>moexipril hydrochloride</i>	7
<i>MENVEO</i>	26	<i>molindone hydrochloride</i>	52
<i>mercaptopurine</i>	46	<i>mometasone furoate</i>	13
<i>meropenem</i>	38	<i>mometasone furoate</i>	32
<i>mesalamine</i>	8	<i>montelukast sodium</i>	32
<i>mesalamine er</i>	8	<i>morphine sulfate</i>	35
<i>mesna</i>	47	<i>morphine sulfate er</i>	34
<i>metformin hydrochloride</i>	60	<i>MOUNJARO</i>	60
<i>metformin hydrochloride er</i>	60	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	39
<i>methadone hcl</i>	34	<i>hydrochloride</i>	
<i>methimazole</i>	21	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	28
<i>methocarbamol</i>	62	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	39
<i>methotrexate</i>	25	<i>MRESVIA</i>	26
<i>methotrexate sodium</i>	25	<i>mupirocin</i>	14
<i>methsuximide</i>	39	<i>mycophenolate mofetil</i>	25
<i>methyldopa</i>	5	<i>mycophenolic acid dr</i>	25
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	10	<i>MYRBETRIQ</i>	16
<i>methylprednisolone</i>	20	<i>nabumetone</i>	35
<i>methylprednisolone dose pack</i>	20	<i>nadolol</i>	3
<i>metoclopramide hcl</i>	15	<i>nafcillin sodium</i>	38
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	15	<i>naloxone hydrochloride</i>	29
<i>metolazone</i>	7	<i>naltrexone hydrochloride</i>	29
<i>metoprolol succinate er</i>	3	<i>naproxen</i>	35
<i>metoprolol tartrate</i>	3	<i>naproxen dr</i>	35
<i>metronidazole</i>	12	<i>NATACYN</i>	28
<i>metronidazole</i>	37	<i>nateglinide</i>	60
<i>metronidazole vaginal</i>	37	<i>NAYZILAM</i>	41
<i>metyrosine</i>	4	<i>nebivolol hydrochloride</i>	3
<i>mexiletine hydrochloride</i>	5	<i>necon 0.5/35-28</i>	19
<i>micafungin</i>	45	<i>nefazodone hydrochloride</i>	43
<i>microgestin 1.5/30</i>	19	<i>neomycin sulfate</i>	36
<i>microgestin 1/20</i>	19	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	27
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	19	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocor</i>	
<i>microgestin fe 1/20</i>	19	<i>tisone</i>	28

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	28	NOVOLOG	62
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	28	NOVOLOG FLEXPEN	61
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	34	NOVOLOG MIX 70/30	62
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	34	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	61
<i>neo-polycin</i>	27	FLEXPEN	
<i>neo-polycin hc</i>	27	NOVOLOG PENFILL	62
NERLYNX	49	NUBEQA	46
NEULASTA	59	NUCALA	30
<i>nevirapine</i>	56	NUEDEXTA	11
<i>nevirapine er</i>	56	NUPLAZID	53
NEXLETOL	6	NUTRILIPID	34
NEXLIZET	6	nyamyc	45
NEXPLANON	20	nylia 1/35	19
<i>niacin er</i>	6	nylia 7/7/7	19
NICOTROL NS	29	nystatin	45
<i>nifedipine er</i>	3	nystatin/triamcinolone	12
nilotinib hydrochloride	49	nystatin/triamcinolone acetonide	12
<i>nilutamide</i>	46	nystop	45
<i>nimodipine</i>	3	octreotide acetate	22
NINLARO	49	ODEFSEY	56
nitazoxanide	51	ODOMZO	49
nitisinone	62	OFEV	31
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	37	ofloxacin	28
<i>nitrofurantoin</i>	37	ofloxacin	34
<i>monohydrate/macrocrys</i>		OGSIVEO	47
<i>nitroglycerin</i>	7	OJEMDA	47
NITROGLYCERIN	15	OJJAARA	49
<i>nitroglycerin transdermal</i>	7	olanzapine	53
<i>nizatidine</i>	15	olanzapine odt	53
<i>nora-be</i>	20	olmesartan medoxomil	5
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	19	olmesartan	4
<i>norethindrone</i>	20	medoxomil/hydrochlorothiazide	
<i>norethindrone acetate</i>	20	omega-3-acid ethyl esters	6
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19	omeprazole	16
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	19	omeprazole dr	16
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	19	ondansetron hcl	44
<i>nortrel 1/35</i>	19	ondansetron hydrochloride	44
<i>nortrel 7/7/7</i>	19	ondansetron odt	44
<i>nortriptyline hcl</i>	42	ONUREG	47
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	42	OPIPZA	53
NORVIR	54	OPSUMIT	31
NOVOLIN 70/30	61	OPVEE	29
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	61	ORENCIA	22
NOVOLIN N	61	ORENCIA CLICKJECT	22
NOVOLIN N FLEXPEN	61	ORENITRAM	31
NOVOLIN R	61	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
NOVOLIN R FLEXPEN	61	1	

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	31	<i>phenelzine sulfate</i>	42
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	31	<i>phenobarbital</i>	40
ORGOVYX	22	<i>phenytek</i>	41
ORKAMBI	31	<i>phenytoin</i>	41
<i>orphenadrine citrate er</i>	62	<i>phenytoin sodium extended</i>	41
ORSERDU	46	PIFELTRO	56
<i>oseltamivir phosphate</i>	54	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	11
OSPHENA	17	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	27
OTEZLA	12	<i>pimecrolimus</i>	13
OTEZLA	22	<i>pimozone</i>	52
<i>oxaprozin</i>	35	<i>pimtrexa</i>	19
<i>oxcarbazepine</i>	41	<i>pindolol</i>	3
<i>oxybutynin chloride</i>	16	<i>pioglitazone hcl</i>	60
<i>oxybutynin chloride er</i>	16	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	60
<i>oxycodone hydrochloride</i>	35	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	60
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	35	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	38
OZEMPIC	60	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	49
PACERONE	5	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	49
<i>paliperidone er</i>	53	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	49
PANRETIN	51	<i>pirfenidone</i>	31
<i>pantoprazole sodium</i>	16	<i>piroxicam</i>	35
<i>paricalcitol</i>	8	<i>pitavastatin calcium</i>	6
<i>paroxetine hcl</i>	43	PLENAMINE	58
<i>paroxetine hydrochloride</i>	43	<i>podofilox</i>	12
PAXLOVID	DisplayT	<i>polycin</i>	28
<i>pazopanib hydrochloride</i>	49	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	28
PEDIARIX	26	POMALYST	46
PEDVAX HIB	26	<i>portia-28</i>	19
<i>peg-3350/electrolytes</i>	15	<i>posaconazole</i>	45
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	15	<i>posaconazole dr</i>	45
PEGASYS	23	<i>potassium chloride</i>	58
PEGASYS	25	<i>potassium chloride er</i>	58
PEMAZYRE	49	<i>potassium citrate er</i>	58
PENBRAYA	26	PRALUENT	6
<i>penicillamine</i>	57	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2
<i>penicillin g sodium</i>	38	<i>prasugrel hydrochloride</i>	58
<i>penicillin v potassium</i>	38	<i>pravastatin sodium</i>	6
PENTACEL	26	<i>praziquantel</i>	51
<i>pentamidine isethionate</i>	51	<i>prazosin hydrochloride</i>	3
<i>pentoxifylline er</i>	4	<i>prednisolone</i>	21
<i>perindopril erbumine</i>	7	<i>prednisolone acetate</i>	29
PERIOGARD	11	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	21
<i>permethrin</i>	14	<i>prednisone</i>	21
<i>perphenazine</i>	52	<i>pregabalin</i>	40
PERSERIS	53	PREMARIN	19
		PREMPHASE	19
		PREMPRO	19

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>prenatal</i>	DisplayT	<i>quinidine sulfate</i>	5
<i>prevalite</i>	6	<i>quinine sulfate</i>	51
PREVYMIC	54	QULIPTA	2
PREZCOBIX	54	QVAR REDIHALER	32
PREZISTA	54	RABAVERT	26
PRIFTIN	44	<i>rabeprazole sodium</i>	16
<i>primaquine phosphate</i>	51	RALDESY	43
<i>primidone</i>	40	<i>raloxifene hydrochloride</i>	17
PRIORIX	26	<i>ramipril</i>	7
PRIVIGEN	24	<i>ranolazine er</i>	4
PROAIR RESPICLICK	33	<i>rasagiline mesylate</i>	2
<i>probenecid</i>	8	RAYALDEE	8
<i>probenecid/colchicine</i>	8	REBIF	9
<i>prochlorperazine</i>	44	REBIF REBIDOSE	9
<i>prochlorperazine maleate</i>	44	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	9
PROCRT	59	REBIF TITRATION PACK	9
<i>procto-med hc</i>	8	RECOMBIVAX HB	26
<i>proctosol hc</i>	8	RELISTOR	15
<i>proctozone-hc</i>	8	<i>repaglinide</i>	60
<i>progesterone</i>	20	REPATHA	6
PROGRAF	25	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	6
PROLASTIN-C	62	REPATHA SURECLICK	6
<i>promethazine hcl</i>	44	RESTASIS	28
<i>promethazine hydrochloride</i>	44	RESTASIS MULTIDOSE	28
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	44	RETACRIT	59
<i>promethegan</i>	44	RETEVMO	49
<i>propafenone hcl</i>	5	REVCORI	62
<i>propafenone hydrochloride</i>	5	REVUFORJ	47
<i>propranolol hcl</i>	3	REXULTI	53
<i>propranolol hydrochloride</i>	3	REYATAZ	54
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	REZDIFFRA	21
<i>propylthiouracil</i>	21	REZLIDHIA	50
PROQUAD	26	REZUROCK	25
<i>protriptyline hcl</i>	43	RHOPRESSA	27
<i>prucalopride</i>	14	<i>ribavirin</i>	55
PULMOZYME	31	<i>rifabutin</i>	44
<i>pyrazinamide</i>	44	<i>rifampin</i>	44
<i>pyridostigmine bromide</i>	2	<i>riluzole</i>	11
<i>pyrimethamine</i>	51	RINVOQ	22
PYRUKYND	62	RINVOQ LQ	22
PYRUKYND TAPER PACK	62	<i>risedronate sodium</i>	8
QINLOCK	49	<i>risperidone</i>	53
QUADRACEL	26	<i>risperidone er</i>	53
<i>quetiapine fumarate</i>	53	<i>risperidone odt</i>	53
<i>quetiapine fumarate er</i>	53	<i>ritonavir</i>	54
<i>quinapril hydrochloride</i>	7	<i>rivastigmine tartrate</i>	1
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>rivastigmine transdermal system</i>	1

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>rivelsa</i>	19	sodium chloride	58
RIVFLOZA	34	sodium chloride 0.45%	58
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	sodium chloride 0.9%	34
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1	sodium oxybate	11
ROCKLATAN	28	sodium phenylbutyrate	62
<i>roflumilast</i>	33	sodium polystyrene sulfonate	57
ROMVIMZA	50	sodium sulfate/potassium	15
<i>ropinirole hcl</i>	2	sulfate/magnesium sulfate	
<i>ropinirole hydrochloride</i>	2	sofosbuvir/velpatasvir	55
<i>rosuvastatin calcium</i>	6	solifenacin succinate	16
<i>rosyrah</i>	19	SOLIQUA 100/33	60
ROTARIX	26	SOLTAMOX	46
ROTATEQ	26	SOMAVERT	22
<i>roweepra</i>	41	sorafenib tosylate	50
ROZLYTREK	50	<i>sotalol hcl</i>	5
RUBRACA	50	<i>sotalol hydrochloride</i>	5
<i>rufinamide</i>	41	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	5
RUKOBIA	54	SPEVIGO	14
RYBELSUS	60	SPIRIVA RESPIMAT	32
RYDAPT	50	<i>spironolactone</i>	5
RYTARY	3	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	4
SANTYL	12	sprintec 28	19
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62	SPRITAM	41
SAVELLA	9	<i>sps</i>	57
SAVELLA TITRATION PACK	9	<i>sronyx</i>	19
SCEMBLIX	50	<i>ssd</i>	12
<i>scopolamine</i>	44	STELARA	23
SECUADO	53	STEQEYMA	23
<i>selegiline hcl</i>	2	STIOLTO RESPIMAT	30
<i>selenium sulfide</i>	13	STIVARGA	50
SELZENTRY	54	<i>streptomycin sulfate</i>	36
SEREVENT DISKUS	33	STRIBILD	55
<i>sertraline hcl</i>	43	<i>subvenite</i>	42
<i>sertraline hydrochloride</i>	43	<i>subvenite starter kit/blue</i>	41
<i>setlakin</i>	19	<i>subvenite starter kit/green</i>	41
<i>sharobel</i>	20	<i>subvenite starter kit/orange</i>	41
SHINGRIX	26	SUCRAID	62
SIGNIFOR	22	<i>sucralfate</i>	16
<i>sildenafil citrate</i>	31	<i>sulfacetamide sodium</i>	28
<i>silver sulfadiazine</i>	12	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone</i>	28
SIMBRINZA	28	<i>sodium phosphate</i>	
<i>simvastatin</i>	6	<i>sulfadiazine</i>	39
<i>sirolimus</i>	25	<i>sulfamethoxazole(trimethoprim</i>	39
SIRTURO	44	<i>sulfamethoxazole(trimethoprim ds</i>	39
SKYCLARYS	34	<i>sulfasalazine</i>	8
<i>SKYRIZI</i>	23	<i>sulindac</i>	35
SKYRIZI PEN	23	<i>sumatriptan</i>	1

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sumatriptan succinate</i>	1	<i>tiagabine hydrochloride</i>	40
<i>sunitinib malate</i>	50	TIBSOVO	50
SUNLENCA	54	<i>ticagrelor</i>	58
SUTAB	15	TICOVAC	27
SYMPAZAN	40	<i>tigecycline</i>	37
SYMTUZA	54	<i>timolol maleate</i>	2
SYNJARDY	60	<i>timolol maleate</i>	27
SYNJARDY XR	60	<i>tinidazole</i>	37
TABLOID	46	<i>tiotropium bromide</i>	32
TABRECTA	50	TIVICAY	55
<i>tacrolimus</i>	14	TIVICAY PD	55
<i>tacrolimus</i>	25	<i>tizanidine hcl</i>	1
<i>tadalafil</i>	16	<i>tizanidine hydrochloride</i>	1
<i>tadalafil</i>	31	TOBRADEX ST	28
TAFINLAR	50	<i>tobramycin</i>	28
TAGRISSO	50	<i>tobramycin</i>	31
TALZENNA	50	<i>tobramycin sulfate</i>	36
<i>tamoxifen citrate</i>	46	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	28
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	16	<i>topiramate</i>	42
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	19	<i>toremifene citrate</i>	46
TAVNEOS	23	<i>torpenz</i>	50
<i>tazarotene</i>	12	<i>torsemide</i>	7
TAZICEF	37	TOUJEO MAX SOLOSTAR	62
TAZVERIK	50	TOUJEO SOLOSTAR	62
TEFLARO	37	TRADJENTA	60
<i>telmisartan</i>	5	<i>tramadol hydrochloride</i>	35
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	35
<i>temazepam</i>	11	<i>trandolapril</i>	7
TENIVAC	26	<i>tranexamic acid</i>	58
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	56	<i>tranylcyromine sulfate</i>	42
TEPMETKO	50	<i>trazodone hydrochloride</i>	43
<i>terazosin hcl</i>	16	TRELEGY ELLIPTA	30
<i>terazosin hydrochloride</i>	16	TRELSTAR MIXJECT	22
<i>terbinafine hcl</i>	45	TRESIBA	62
<i>terconazole</i>	45	TRESIBA FLEXTOUCH	62
<i>teriparatide</i>	8	<i>tretinoin</i>	12
<i>testosterone</i>	17	<i>tretinoin</i>	51
<i>testosterone cypionate</i>	17	<i>triamcinolone acetonide</i>	14
<i>testosterone enanthate</i>	17	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	11
<i>testosterone pump</i>	17	<i>triamterene</i>	6
<i>tetrabenazine</i>	11	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>tetracycline hydrochloride</i>	39	triderm	14
THALOMID	46	<i>trientine hydrochloride</i>	57
THEOPHYLLINE ER	33	<i>tri-estarrylla</i>	19
<i>thioridazine hydrochloride</i>	52	<i>trifluoperazine hcl</i>	52
<i>thiothixene</i>	52	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	52
<i>tiadylt er</i>	3	<i>triflurididine</i>	28

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	VARIVAX	27
TRIJARDY XR	60	VAXCHORA	27
TRIKAFTA	31	VELTASSA	57
<i>trimethoprim</i>	37	VENCLEXTA	50
<i>tri-mili</i>	19	VENCLEXTA STARTING PACK	50
<i>trimipramine maleate</i>	43	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	43
TRINTELLIX	43	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	43
<i>tri-sprintec</i>	19	VEOZAH	11
TRIUMEQ	56	verapamil hcl	4
TRIUMEQ PD	56	verapamil hcl er	3
<i>tri-vylibra</i>	19	verapamil hcl sr	3
TRULICITY	60	verapamil hydrochloride	4
TRUMENBA	27	verapamil hydrochloride er	4
TRUQAP	50	VERQUVO	7
TRYNGOLZA	6	VERSACLOZ	52
TUKYSA	50	VERZENIO	50
TURALIO	50	<i>vienna</i>	20
<i>turqoz</i>	19	<i>vigabatrin</i>	40
TWINRIX	27	<i>vigadron</i>	40
TYBOST	54	VIGAFYDE	40
TYENNE	23	<i>vigpoder</i>	40
TYMLOS	8	<i>vilazodone hydrochloride</i>	43
TYPHIM VI	27	VIMKUNYA	27
TYRVAYA	29	VIRACEPT	54
UBRELVY	2	VIREAD	56
UDENYCA	59	VITRAKVI	50
<i>unithroid</i>	21	VIVITROL	29
<i>ursodiol</i>	15	VIVOTIF	27
USTEKINUMAB	23	VIZIMPRO	51
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	55	VONJO	47
VALCHLOR	46	VOQUEZNA	15
<i>valganciclovir</i>	54	<i>VOQUEZNA DUAL PAK</i>	37
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	54	<i>VOQUEZNA TRIPLE PAK</i>	37
<i>valproic acid</i>	42	VORANIGO	47
<i>valsartan</i>	5	<i>voriconazole</i>	45
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	5	VOSEVI	55
VALTOCO 10 MG DOSE	40	VOWST	15
VALTOCO 15 MG DOSE	40	VRAYLAR	53
VALTOCO 20 MG DOSE	40	VUMERTY	9
VALTOCO 5 MG DOSE	40	<i>vyfemla</i>	20
<i>valtya 1/50</i>	20	<i>vylibra</i>	20
<i>vancomycin hcl</i>	37	VYNDAMAX	5
<i>vancomycin hydrochloride</i>	37	VYZULTA	29
VANFLYTA	50	<i>warfarin sodium</i>	59
VAQTA	27	WELIREG	62
<i>varenicline starting month</i>	29	<i>wezlana</i>	23
<i>varenicline tartrate</i>	29	WINREVAIR	31

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>wixela inhub</i>	30	<i>zovia 1/35</i>	20
WYOST	8	ZTALMY	40
XALKORI	51	ZURZUVAE	42
XARELTO	59	ZYDELIG	51
XARELTO STARTER PACK	59	ZYKADIA	51
XATMEP	25	ZYLET	28
XCOPRI	41		
XDEMVY	28		
XELJANZ	23		
XELJANZ XR	23		
XERMELO	14		
XIFAXAN	15		
XIGDUO XR	60		
XXIIDRA	28		
XOFLUZA	55		
XOLAIR	23		
XOLREMDI	59		
XOSPATA	51		
XPOVIO	51		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	51		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	51		
XTAMPZA ER	34		
XTANDI	46		
<i>xulane</i>	20		
YARGESA	63		
YF-VAX	27		
YONSA	46		
YUPELRI	32		
<i>yuvafem</i>	20		
<i>zafemy</i>	20		
<i>zafirlukast</i>	32		
<i>zaleplon</i>	11		
ZARXIO	59		
ZEJULA	51		
ZELBORAF	51		
<i>zenatane</i>	12		
ZENPEP	63		
<i>zidovudine</i>	56		
<i>ziprasidone hcl</i>	53		
<i>ziprasidone mesylate</i>	54		
ZIRGAN	28		
ZOLINZA	47		
<i>zolmitriptan</i>	1		
<i>zolpidem tartrate</i>	11		
<i>zolpidem tartrate er</i>	11		
ZONISADE	41		
<i>zonisamide</i>	41		

Notice of Availability of Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Vietnamese: LUÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-535-8343 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Chinese:

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-535-8343（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-535-8343 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Arabic: تنبية: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم. أو تحدث إلى مقدم الخدمة

Urdu: دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان میں مدد کی خدمات اور مفت مواصلات دوسرے فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-866-535-8343 پر کال کریں۔

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-535-8343 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-535-8343. (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات رایگان کمک زبانی و ارتباطات رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، برای شما تماس بگیرید 1-866-535-8343 (TTY: 711) در دسترس است. با شماره Persian

German: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste und kostenlose Kommunikation in anderen Formaten, wie zum große Schrift, zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા અક્ષરો જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં મફત સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-535-8343 પર કોલ કરો. (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-535-8343 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Japanese:

日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-535-8343 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Laotian: ເຄີ່ມຄາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ລະມືບໍລິການຈ່ວຍດຳນັບພາສາແບບປໍ່ແຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີຄື່ອງຈ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບປໍ່ແຍຄ່າທີ່ໜີກະທົມເຜື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດຂຶ້ນຕົງໄດ້. ໃຫ້ທ່ານເປີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	<p>1-866-535-8343</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.^º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1.^º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.</p>
FAX	713-442-5450
ESCRIBE	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
SITIO WEB	www.KelseyCareAdvantage.com

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

MÉTODO	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBE	701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938- 1051. Si tiene

comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.