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: 26415 Versión: 18

Este formulario se actualizó el 10/01/2026. Para más información o otras preguntas, comuníquese con *Optum Rx* 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 10/01/2026. 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 médicamente 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 10/01/2026. 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 pagina 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 enviemos 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 pagina 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.

Formulario completo para miembros
KelseyCare Advantage
Efectiva: 11/01/2026

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 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
AIMOVIG INJ 70MG/ML	3	QL(2 ML 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
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 antimiasténicos		
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
RYTARY CPCR 23.75MG; 95MG, 36.25MG; 145MG, 48.75MG; 195MG, 61.25MG; 245MG	4	ST
Agentes cardiovasculares		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 cp24 120mg, 180mg	4	
verapamil hcl er tbcr 120mg	2	
verapamil hydrochloride er tbcr 180mg, 240mg	2	
verapamil hydrochloride sr cp24 240mg, 360mg	4	
verapamil hydrochloride tabs 120mg, 40mg, 80mg	2	
Agentes cardiovasculares, otros		

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
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)
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	
sacubitril/valsartan tabs 24mg; 26mg	3	QL(180 EA por 30 días)
sacubitril/valsartan tabs 49mg; 51mg, 97mg; 103mg	3	QL(60 EA por 30 días)
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	
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	

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
VYNDAMAX CAPS 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
clonidine hydrochloride tabs 0.05mg, 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		
azilsartan medoxomil tabs 40mg, 80mg	4	
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, 40MG	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 hydrochloride tabs 150mg, 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	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg	2	
fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg	2	
fenofibric acid dr cpdr 135mg, 45mg	2	
gemfibrozil tabs 600mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	
fluvastatin sodium er tb24 80mg	4	
fluvastatin caps 20mg, 40mg	4	
lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg	6	
pitavastatin calcium tabs 1mg, 2mg, 4mg	4	
pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	
rosuvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg	6	
simvastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg	6	
Dislipidémicos, otros		
cholestyramine light pack 4gm	4	
cholestyramine pack 4gm	4	
colestipol hydrochloride tabs 1gm	3	
ezetimibe/simvastatin tabs 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg	6	
ezetimibe tabs 10mg	2	
icosapent ethyl caps 0.5gm, 1gm	4	
NEXLETOL TABS 180MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET TABS 180MG; 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
niacin er tbcr 1000mg, 500mg, 750mg	4	
omega-3-acid ethyl esters caps 375mg; 465mg; 1gm	4	
PRALUENT INJ 150MG/ML, 75MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
prevalite pack 4gm	4	
REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA INJ 140MG/ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA INJ 50MG/0.8ML, 80MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
amiloride hcl tabs 5mg	2	
triamterene caps 100mg, 50mg	4	
Diuréticos, evacuación		
bumetanide inj 0.25mg/ml	2	
bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
furosemide inj 10mg/ml	2	
furosemide oral soln 10mg/ml, 40mg/5ml	1	
furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg	1	
torsemide tabs 100mg, 10mg, 20mg, 5mg	2	
Diuréticos, tiazida		
chlorthalidone tabs 25mg, 50mg	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
OSENVELT INJ 120MG/1.7ML	5	PA
paricalcitol caps 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	
RAYALDEE CPCR 30MCG	5	
risedronate sodium tabs 35mg	4	QL(4 EA por 28 días)
STOBOCLO INJ 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 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
BETASERON INJ 0.3MG	5	QL(15 EA por 30 días); PA
dalfampridine er tb12 10mg	3	QL(60 EA por 30 días); PA
dimethyl fumarate starterpack cdpk 0	4	QL(120 EA por 365 días); PA
dimethyl fumarate cpdr 120mg, 240mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fingolimod hydrochloride caps 0.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
glatiramer acetate inj 40mg/ml	5	QL(12 ML por 28 días); PA
glatiramer acetate inj 20mg/ml	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
VUMERITY CPDR 231MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes de fibromialgia		
milnacipran hydrochloride tabs 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg	3	QL(60 EA por 30 días)
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		
amphetamine/dextroamphetamine cp24 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 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; 6.25mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg	4	QL(60 EA por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
amphetamine/dextroamphetamine tabs 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg, 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg, 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg, 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg, 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg, 5mg; 5mg; 5mg; 5mg, 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg	3	QL(90 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tabs 10mg	3	QL(180 EA por 30 días)
dextroamphetamine sulfate tabs 5mg	3	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
atomoxetine caps 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL(30 EA por 30 días)
atomoxetine caps 10mg	4	QL(60 EA por 30 días)
dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg	3	QL(60 EA por 30 días)
dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg	3	QL(60 EA por 30 días)
guanfacine hydrochloride er tb24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	4	
methylphenidate hydrochloride soln 5mg/5ml	4	
methylphenidate hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 5mg	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
butalbital/acetaminophen/caffeine tabs 325mg; 50mg; 40mg	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
dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate caps 20mg; 10mg	5	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
INGREZZA CPSP 40MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
riluzole tabs 50mg	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tetrabenazine tabs 12.5mg	4	PA
tetrabenazine tabs 25mg	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
modafinil tabs 100mg, 200mg	3	QL(30 EA por 30 días); PA
sodium oxybate soln 500mg/ml	5	QL(540 ML por 30 días); PA
Agentes somníferos		
BELSOMRA TABS 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg	3	QL(30 EA por 30 días)
ESZOPICLONE TABS 1MG, 2MG, 3MG	4	QL(30 EA por 30 días)
temazepam caps 15mg, 30mg	2	QL(30 EA por 30 días)
zaleplon caps 5mg	4	QL(30 EA por 30 días)
zaleplon caps 10mg	4	QL(60 EA por 30 días)
zolpidem tartrate er tbcr 12.5mg, 6.25mg	4	QL(30 EA por 30 días)
zolpidem tartrate tabs 10mg, 5mg	2	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
chlorhexidine gluconate soln 0.12%	1	
doxycycline hyclate tabs 20mg	3	
kourzeq pste 0.1%	3	
lidocaine viscous soln 2%	2	
PERIOGARD SOLN 0.12%	1	
pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg	4	
triamcinolone acetonide dental paste pste 0.1%	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
calcipotriene crea 0.005%	4	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene oint 0.005%	4	QL(120 GM por 30 días)
calcipotriene soln 0.005%	3	QL(60 ML por 30 días)
clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%	2	QL(90 GM por 30 días)
diclofenac sodium gel 3%	4	QL(300 GM por 30 días); ST
fluorouracil crea 0.5%	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fluorouracil crea 5%	4	QL(40 GM por 30 días)
fluorouracil soln 2%, 5%	3	
imiquimod crea 5%	3	QL(48 EA por 30 días)
nystatin/triamcinolone acetonide crea 100000unit/gm; 1mg/gm	3	
nystatin/triamcinolone acetonide oint 100000unit/gm; 0.1%	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
podofilox soln 0.5%	3	
SANTYL OINT 250UNIT/GM	4	
silver sulfadiazine crea 1%	2	
ssd crea 1%	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
acitretin caps 10mg, 17.5mg, 25mg	4	
adapalene/benzoyl peroxide gel 0.1%; 2.5%	3	
amnesteem caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
azelaic acid gel 15%	4	QL(100 GM por 30 días)
claravis caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 5%; 1.2%	3	
erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%	4	
FINACEA FOAM 15%	4	QL(50 GM por 30 días)
isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
metronidazole crea 0.75%	2	
metronidazole gel 0.75%	3	
metronidazole gel 1%	4	
tazarotene crea 0.1%	4	QL(60 GM por 30 días)
tretinoin crea 0.025%, 0.05%	4	PA
zenatane caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	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
ala-cort crea 1%	2	
alclometasone dipropionate crea 0.05%	2	
alclometasone dipropionate oint 0.05%	2	
ammonium lactate crea 12%	2	
ammonium lactate lotn 12%	2	
betamethasone dipropionate augmented crea 0.05%	2	
betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%	4	
betamethasone dipropionate augmented lotn 0.05%	3	
betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%	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
betamethasone dipropionate crea 0.05%	3	
betamethasone dipropionate lotn 0.05%	3	
betamethasone dipropionate oint 0.05%	4	
betamethasone valerate crea 0.1%	3	
betamethasone valerate lotn 0.1%	3	
betamethasone valerate oint 0.1%	3	
clobetasol propionate emollient base crea 0.05%	2	
clobetasol propionate crea 0.05%	2	
clobetasol propionate foam 0.05%	3	
clobetasol propionate gel 0.05%	4	
clobetasol propionate oint 0.05%	2	
clobetasol propionate soln 0.05%	4	
desonide crea 0.05%	3	
desonide oint 0.05%	2	QL(120 GM por 30 días)
desoximetasone crea 0.25%	3	QL(100 GM por 30 días)
desoximetasone oint 0.25%	3	
EBGLYSS INJ 250MG/2ML	5	PA
EUCRISA OINT 2%	4	PA
fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%	4	
fluocinolone acetonide oint 0.025%	3	
fluocinolone acetonide soln 0.01%	4	
fluocinonide crea 0.1%	2	QL(120 GM por 30 días)
fluocinonide crea 0.05%	2	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide gel 0.05%	2	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide oint 0.05%	2	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide soln 0.05%	2	QL(60 ML por 30 días)
fluticasone propionate crea 0.05%	2	
fluticasone propionate oint 0.005%	2	
halobetasol propionate crea 0.05%	4	
halobetasol propionate oint 0.05%	4	
hydrocortisone valerate crea 0.2%	3	QL(60 GM por 30 días)
hydrocortisone crea 1%	2	
hydrocortisone lotn 2.5%	2	
hydrocortisone oint 2.5%	2	
hydrocortisone oint 1%	2	QL(100 GM por 30 días)
mometasone furoate crea 0.1%	2	
mometasone furoate oint 0.1%	2	
mometasone furoate soln 0.1%	2	
pimecrolimus crea 1%	4	
selenium sulfide lotn 2.5%	2	

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
SPEVIGO INJ 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
tacrolimus oint 0.03%, 0.1%	4	
triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%	2	
triamcinolone acetonide lotn 0.1%	2	
triamcinolone acetonide lotn 0.025%	3	
triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%	2	
triderm crea 0.5%	2	
Antiinfecciosos tópicos		
acyclovir oint 5%	4	QL(60 GM por 30 días)
ciclopirox nail lacquer soln 8%	2	PA
ciclopirox olamine crea 0.77%	2	
ciclopirox gel 0.77%	2	
ciclopirox sham 1%	3	
ciclopirox susp 0.77%	3	
clindamycin phosphate topical soln 1%	3	QL(60 ML por 30 días)
ery pads 2%	3	
erythromycin gel 2%	3	
erythromycin soln 2%	2	
mupirocin crea 2%	3	
mupirocin oint 2%	2	QL(110 GM por 30 días)
Pediculicidas/escabicidas		
malathion lotn 0.5%	4	
permethrin crea 5%	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
alosetron hydrochloride tabs 0.5mg	4	PA
alosetron hydrochloride tabs 1mg	5	PA
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tabs 0.025mg; 2.5mg	3	
loperamide hydrochloride caps 2mg	2	
XERMELO TABS 250MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
Agentes antiestreñimiento		
constulose soln 10gm/15ml	2	
enulose soln 10gm/15ml	2	
generlac soln 10gm/15ml	2	
lactulose soln 10gm/15ml	2	
LINZESS CAPS 145MCG, 290MCG, 72MCG	3	QL(30 EA por 30 días)
lubiprostone caps 24mcg, 8mcg	4	QL(60 EA por 30 días)
MOVANTIK TABS 12.5MG, 25MG	3	QL(30 EA por 30 días)
prucalopride tabs 1mg, 2mg	3	QL(30 EA por 30 días)

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
gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm	2	
gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	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
metoclopramide hcl soln 5mg/5ml	2	
metoclopramide hydrochloride tabs 10mg, 5mg	1	
NITROGLYCERIN OINT 0.4%	4	
peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm	2	
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm	2	
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate soln 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml	3	
SUTAB TABS 225MG; 188MG; 1479MG	3	
ursodiol tabs 250mg, 500mg	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)		
famotidine tabs 20mg, 40mg	2	
nizatidine caps 150mg, 300mg	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 tabs 100mg, 50mg	2	QL(6 EA por 30 días); ED; CB
sildenafil tabs 25mg	2	QL(6 EA por 30 días); ED; CB
Antiespasmódicos, urinario		
fesoterodine fumarate er tb24 4mg, 8mg	4	
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	
solifenacin succinate tabs 10mg, 5mg	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
desmopressin acetate soln 0.01%	4	
desmopressin acetate tabs 0.1mg, 0.2mg	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
raloxifene hydrochloride tabs 60mg	2	
Andrógenos		
danazol caps 100mg, 200mg, 50mg	4	
testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml	2	PA
testosterone enanthate inj 200mg/ml	3	PA
testosterone pump gel 12.5mg/act, 20.25mg/act	4	PA
testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	PA
Estrógenos		
abigale lo tabs 0.5mg; 0.1mg	4	
abigale tabs 1mg; 0.5mg	4	
altavera tabs 30mcg; 0.15mg	3	
alyacen 1/35 tabs 35mcg; 1mg	3	
ashlyna tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
aubra eq tabs 20mcg; 0.1mg	3	
aviane tabs 20mcg; 0.1mg	3	
azurette tabs 0; 0	3	
balziva tabs 35mcg; 0.4mg	3	
blisovi fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
briellyn tabs 35mcg; 0.4mg	3	
camrese lo tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
CLIMARA PRO PTWK 0.045MG/DAY; 0.015MG/DAY	4	
conjugated estrogens tabs 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg	4	
cryselle tabs 30mcg; 0.3mg	3	
dolishale tabs 20mcg; 90mcg	3	
DOTTI PTTW 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	4	
dotti pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	
enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	4	
estarylla tabs 35mcg; 0.25mg	3	
estradiol/norethindrone acetate tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg	4	
estradiol crea 0.1mg/gm	2	
estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm	4	
estradiol pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	4	
estradiol ptwk 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
estradiol oral tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	2	
estradiol vaginal tabs 10mcg	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	QL(1 EA por 90 días)
etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr	3	
falmina tabs 20mcg; 0.1mg	3	
feirza 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
feirza 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg	3	
fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg	4	
hailey fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg	3	
iclevia tabs 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
introvale tabs 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
jaimiess tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
jinteli tabs 5mcg; 1mg	4	
junel 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg	3	
junel 1/20 tabs 20mcg; 1mg	3	
junel fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
junel fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg	3	
kariva tabs 0; 0	3	
kelnor 1/35 tabs 35mcg; 1mg	3	
kurvelo tabs 0.03mg; 0.15mg	3	
larin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg	3	
larin 1/20 tabs 20mcg; 1mg	3	
larin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
larin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg	3	
lessina tabs 20mcg; 0.1mg	3	
levonest tabs 0; 0	3	
levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg	3	
levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
levonorgestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0, 20mcg; 0.1mg	3	
levonorgestrel/ethinyl estradiol tabs 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
lojaimiess tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 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
low-ogestrel tabs 30mcg; 0.3mg	3	
luizza 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg	3	
luizza 1/20 tabs 20mcg; 1mg	3	
lyllana pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	4	
marlissa tabs 0.03mg; 0.15mg	3	
microgestin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg	3	
microgestin 1/20 tabs 20mcg; 1mg	3	
microgestin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg	3	
microgestin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg	3	
mili tabs 35mcg; 0.25mg	3	
mimvey tabs 1mg; 0.5mg	4	
necon 0.5/35-28 tabs 35mcg; 0.5mg	3	
norelgestromin/ethinyl estradiol ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	4	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 20mcg; 1mg	3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg	4	
norgestimate/ethinyl estradiol tabs 0; 0, 35mcg; 0.25mg	3	
nortrel 0.5/35 (28) tabs 35mcg; 0.5mg	3	
nortrel 1/35 tabs 35mcg; 1mg	3	
nortrel 7/7/7 tabs 35mcg; 0	3	
nylia 1/35 tabs 35mcg; 1mg	3	
nylia 7/7/7 tabs 35mcg; 0	3	
pimtrea tabs 0; 0	3	
portia-28 tabs 0.03mg; 0.15mg	3	
PREMARIN CREA 0.625MG/GM	4	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE TABS 0.625MG; 5MG	4	
PREMPRO TABS 0.3MG; 1.5MG, 0.45MG; 1.5MG, 0.625MG; 2.5MG, 0.625MG; 5MG	4	
rivelsa tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
rosyrah tabs 0; 0	4	QL(91 EA por 91 días)
setlakin tabs 0.03mg; 0.15mg	4	QL(91 EA por 91 días)
sprintec 28 tabs 35mcg; 0.25mg	3	
tarina fe 1/20 eq tabs 20mcg; 75mg; 1mg	3	
tri-estarylla tabs 0; 0	3	
tri-mili tabs 0; 0	3	
tri-sprintec tabs 0; 0	3	
tri-vylibra tabs 0; 0	3	
turqoz tabs 30mcg; 0.3mg	3	
valtya 1/35 tabs 35mcg; 1mg	3	
valtya 1/50 tabs 50mcg; 1mg	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
vienva tabs 20mcg; 0.1mg	3	
viorele tabs 0; 0	3	
vyfemla tabs 35mcg; 0.4mg	3	
vylibra tabs 35mcg; 0.25mg	3	
xulane ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	3	
yuvafem tabs 10mcg	4	
zafemy ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	4	
zovia 1/35 tabs 35mcg; 1mg	3	
Progestinas		
camila tabs 0.35mg	3	
deblitane tabs 0.35mg	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ 104MG/0.65ML	3	QL(0.65 ML por 90 días)
errin tabs 0.35mg	3	
gallifrey tabs 5mg	2	
heather tabs 0.35mg	3	
incassia tabs 0.35mg	3	
LILETTA IUD 20.1MCG/DAY	3	
lyleq tabs 0.35mg	3	
lyza tabs 0.35mg	3	
medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml	2	QL(1 ML por 90 días)
medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
megestrol acetate susp 40mg/ml	3	
megestrol acetate tabs 20mg, 40mg	2	
meleya tabs 0.35mg	3	
NEXPLANON INJ 68MG	3	
nora-be tabs 0.35mg	3	
norethindrone acetate tabs 5mg	2	
norethindrone tabs 0.35mg	3	
ORQUIDEA TABS 0.35MG	3	
progesterone caps 100mg, 200mg	2	
sharobel tabs 0.35mg	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
dexamethasone soln 0.5mg/5ml	3	
dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg	2	
fludrocortisone acetate tabs 0.1mg	2	
hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
methylprednisolone dose pack tbpk 4mg	2	
methylprednisolone tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJ 11.25MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA
mifepristone tabs 300mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA
octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml	4	PA
octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml	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		
AVTOZMA INJ 162MG/0.9ML	5	QL(3.6 ML por 28 días); PA
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
EBGLYSS INJ 250MG/2ML	5	PA
EMPAVELI INJ 1080MG/20ML	5	PA
KINERET INJ 100MG/0.67ML	5	PA
ODACTRA SUBL 0; 0	3	QL(30 EA por 30 días); 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

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
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
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJ 55MG/0.37ML	5	QL(0.37 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
tofacitinib citrate er tb24 11mg, 22mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
tofacitinib citrate soln 1mg/ml	5	QL(300 ML por 30 días); PA
tofacitinib citrate tabs 10mg, 5mg	5	QL(60 EA por 30 días); PA
TREMFYA INDUCTION PACK FOR CROHNS DISEASE/ULCERATIVE COLITIS INJ 200MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
TREMFYA INJ 100MG/ML	5	QL(2 ML por 56 días); PA
TREMFYA INJ 200MG/2ML	5	QL(4 ML por 28 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
ustekinumab inj 45mg/0.5ml	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VYVGART HYTRULO INJ 1000MG/5ML; 10000UNIT/5ML	5	QL(20 ML por 28 días); PA
wezlana inj 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	QL(3 ML por 84 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
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
icatibant acetate inj 30mg/3ml	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJ 100MCG/0.5ML	5	PA
BESREMI PEN INJ 500MCG/0.5ML	5	PA
BESREMI INJ 500MCG/ML	5	PA
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 5GM/50ML	5	PA
PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	5	PA
Inmunosupresores		
adalimumab-aaty 1-pen kit inj 80mg/0.8ml	5	QL(3 EA por 28 días); PA
adalimumab-aaty 2-pen kit inj 40mg/0.4ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA
adalimumab-aaty 2-syringe inj 20mg/0.2ml	5	QL(2 EA por 28 días); PA
adalimumab-aaty 2-syringe inj 40mg/0.4ml	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 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
adalimumab-adbm inj 40mg/0.4ml	5	QL(6 EA por 28 días); PA
azathioprine tabs 50mg	2	B/D
cyclosporine modified caps 100mg, 25mg, 50mg	4	B/D
cyclosporine modified soln 100mg/ml	4	B/D
cyclosporine caps 100mg, 25mg	4	B/D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
everolimus tabs 0.25mg	4	B/D
everolimus tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg	5	B/D
gengraf caps 100mg, 25mg	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
leflunomide tabs 10mg, 20mg	2	
methotrexate sodium inj 50mg/2ml	2	
methotrexate sodium tabs 2.5mg	2	
methotrexate inj 50mg/2ml	2	
mycophenolate mofetil caps 250mg	4	B/D
mycophenolate mofetil susr 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate mofetil tabs 500mg	4	B/D
mycophenolic acid dr tbec 180mg, 360mg	4	B/D
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACK 0.2MG, 1MG	4	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
REZUROCK TABS 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
sirolimus soln 1mg/ml	4	B/D
sirolimus tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg	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	
AREXVY INJ 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 999 días)
bcg vaccine inj 50mg	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 1440UNIT/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	
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	
menquadfi inj 0.5ml	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	
PEDVAXHIB INJ 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INJ 0; 0	1	
PENMENVY 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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	
cyclosporine emul 0.05%	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CYSTARAN SOLN 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
dorzolamide hcl/timolol maleate soln 20mg/ml; 5mg/ml	2	
loteprednol etabonate/tobramycin susp 0.5%; 0.3%	4	
MIEBO SOLN 1.338GM/ML	4	QL(12 ML por 30 días)
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone oint 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/bacitracin oint 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm	3	
neomycin/polymyxin/dexamethasone oint 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm	2	
neomycin/polymyxin/dexamethasone susp 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml	2	
neomycin/polymyxin/gramicidin soln 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml	3	
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate soln 10000unit/ml; 0.1%	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	
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate soln 0.23%; 10%	2	
TOBRADEX ST SUSP 0.05%; 0.3%	4	
tobramycin/dexamethasone susp 0.1%; 0.3%	4	
XIIDRA SOLN 5%	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET SUSP 0.5%; 0.3%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
BESIVANCE SUSP 0.6%	4	
ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%	2	
erythromycin oint 5mg/gm	2	
gatifloxacin soln 0.5%	4	
gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%	2	
levofloxacin ophthalmic soln 0.5%	3	
moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%	2	
NATACYN SUSP 5%	4	
ofloxacin ophthalmic soln 0.3%	2	
sulfacetamide sodium soln 10%	2	
tobramycin soln 0.3%	2	
trifluridine soln 1%	4	
XDEMVY SOLN 0.25%	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
bromfenac sodium soln 0.07%	4	QL(12 ML por 365 días)
dexamethasone sodium phosphate soln 0.1%	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
diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%	2	
FLAREX SUSP 0.1%	3	
flurbiprofen sodium soln 0.03%	3	
ketorolac tromethamine soln 0.5%	2	
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	QL(20 GM por 365 días)
prednisolone acetate susp 1%	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
latanoprost soln 0.005%	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		
lithium carbonate er tbcr 300mg, 450mg	2	
lithium carbonate caps 150mg, 300mg	1	
lithium carbonate caps 600mg	2	
lithium carbonate tabs 300mg	2	
lithium soln 8meq/5ml	4	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg	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)
varenicline starting month tbpk 0	4	QL(504 EA por 365 días)
varenicline tartrate continuing month tabs 1mg	4	QL(504 EA por 365 días)
varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQD 8MG/0.1ML	4	
naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml	2	
OPVEE SOLN 2.7MG/0.1ML	3	
Dependencia de opioides		
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg	2	
buprenorphine hcl subl 2mg, 8mg	2	
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg	4	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
acamprosate calcium dr tbec 333mg	4	
disulfiram tabs 250mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
disulfiram tabs 500mg	3	
naltrexone hydrochloride tabs 50mg	2	
VIVITROL INJ 380MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
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)
breyna aero 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 18MCG/ACT	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(23.6 GM por 28 días)
budesonide/formoterol fumarate dihydrate aero 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act	4	QL(10.3 GM por 30 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
fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act	2	QL(60 EA por 30 días)
fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act	2	QL(60 EA por 30 días)
ipratropium bromide/albuterol sulfate soln 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
wixela inhub aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
nintedanib esylate caps 100mg, 150mg	5	PA
pirfenidone caps 267mg	5	PA
PIRFENIDONE TABS 534MG	5	PA
pirfenidone tabs 267mg, 801mg	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
tobramycin nebu 300mg/5ml	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
alyq tabs 20mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
ambrisentan tabs 10mg, 5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
macitentan 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
sildenafil citrate tabs 20mg	3	QL(90 EA por 30 días); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tadalafil tabs 20mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
WINREVAIR INJ 0, 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 días); PA
Antihistamínicos		
azelastine hydrochloride soln 0.1%	2	QL(60 ML por 30 días)
cetirizine hydrochloride soln 5mg/5ml	2	
cyproheptadine hydrochloride tabs 4mg	4	
hydroxyzine hcl tabs 50mg	2	
hydroxyzine hydrochloride syrp 10mg/5ml	4	
hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg	2	
hydroxyzine pamoate caps 100mg, 25mg, 50mg	4	
levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY 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)
budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
fluticasone propionate susp 50mcg/act	2	
mometasone furoate susp 50mcg/act	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDIHALER AERB 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
montelukast sodium chew 4mg, 5mg	2	
montelukast sodium pack 4mg	4	
montelukast sodium tabs 10mg	2	
zafirlukast tabs 10mg, 20mg	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)
ipratropium bromide hfa aers 17mcg/act	4	QL(25.8 GM por 30 días)
ipratropium bromide nasal soln 0.03%, 0.06%	2	
ipratropium bromide inhalation soln 0.02%	2	QL(312.5 ML 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
SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
tiotropium bromide caps 18mcg	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI NEBU 175MCG/3ML	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act x 7gm	2	QL(13.4 GM por 30 días)
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act x 8gm	2	QL(17 GM por 30 días)
albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act x 18gm	2	QL(48 GM por 30 días)
albuterol sulfate nebu 2.5mg/0.5ml	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
albuterol sulfate nebu 0.083%	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
albuterol sulfate nebu 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
arformoterol tartrate nebu 15mcg/2ml	4	QL(120 ML por 30 días); PA
epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml	3	
epinephrine inj 0.3mg/0.3ml	3	Applies to product manufactured by Mylan Specialty L.P. Only
epinephrine inj 0.3mg/0.3ml	3	Applies to products manufactured by Impax or Lineage Therapeutics
levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
levalbuterol tartrate hfa aero 45mcg/act	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		
cromolyn sodium nebu 20mg/2ml	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
roflumilast tabs 250mcg, 500mcg	4	PA
THEOPHYLLINE ER TB12 100MG, 200MG	4	
theophylline er tb12 300mg, 450mg	4	
theophylline er tb24 400mg, 600mg	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PADS 70%	1	
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PADS	1	
INSULIN SYRINGES, NEEDLES MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
KYGEVVI PACK 2GM; 2GM	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
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	
ZOKINVY CAPS 50MG, 75MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
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, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	4	
methadone hcl soln 5mg/5ml	3	
methadone hcl tabs 10mg, 5mg	2	
methadone hydrochloride soln 10mg/5ml	3	
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 soln 120mg/5ml; 12mg/5ml	3	
acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg	2	
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	
hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg	2	
hydromorphone hcl tabs 8mg	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 topical 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	
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 pledgets 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	
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)
metronidazole vaginal gel 0.75%	3	
metronidazole inj 500mg/100ml	2	
metronidazole tabs 250mg, 500mg	2	
nitrofurantoin macrocrystals caps 100mg, 50mg	4	
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals caps 100mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
tigecycline inj 50mg	4	
tinidazole tabs 250mg, 500mg	4	
trimethoprim tabs 100mg	2	
vancomycin hcl inj 10gm	3	
vancomycin hydrochloride caps 125mg	4	QL(120 EA por 30 días)
vancomycin hydrochloride caps 250mg	4	QL(240 EA por 30 días)
vancomycin hydrochloride inj 1gm, 500mg, 750mg	3	
VOQUEZNA DUAL PAK THPK 500MG; 20MG	4	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THPK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
cefaclor caps 250mg, 500mg	3	
cefadroxil caps 500mg	2	
cefadroxil susr 250mg/5ml, 500mg/5ml	2	
cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 500mg	4	
cefdinir caps 300mg	2	
cefdinir susr 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
cefepime inj 1gm, 2gm	4	
cefixime caps 400mg	4	
cefotetan inj 1gm, 2gm	4	
cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm	4	
cefpodoxime proxetil susr 100mg/5ml, 50mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil tabs 100mg, 200mg	4	
cefprozil susr 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefprozil tabs 250mg, 500mg	2	
ceftaroline fosamil inj 400mg, 600mg	5	
ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm	4	
ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg	4	
cefuroxime axetil tabs 250mg, 500mg	2	
cefuroxime sodium inj 750mg	3	
cefuroxime sodium inj 1.5gm	4	
cephalexin caps 250mg, 500mg	2	
cephalexin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
TAZICEF INJ 6GM	4	
tazicef inj 1gm, 2gm	4	
Betalactámico, penicilinas		
amoxicillin/clavulanate potassium er tb12 1000mg; 62.5mg	4	
amoxicillin/clavulanate potassium susr 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml	2	
amoxicillin/clavulanate potassium susr 250mg/5ml; 62.5mg/5ml	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg	2	
amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg	4	
amoxicillin/potassium clavulanate chew 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg	2	
amoxicillin caps 250mg, 500mg	2	
amoxicillin chew 125mg, 250mg	2	
amoxicillin susr 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml	2	
amoxicillin tabs 500mg, 875mg	2	
ampicillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm	4	
ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm	4	
ampicillin/sulbactam inj 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm	4	
ampicillin caps 500mg	2	
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
dicloxacillin sodium caps 250mg, 500mg	2	
nafcillin sodium inj 1gm, 2gm	4	
nafcillin sodium inj 10gm	5	
penicillin g sodium inj 5000000unit	5	
penicillin v potassium solr 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
penicillin v potassium tabs 250mg, 500mg	2	
piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm	4	
Carbapenemas		
ertapenem sodium inj 1gm	4	
imipenem/cilastatin inj 250mg; 250mg, 500mg; 500mg	3	
meropenem inj 1gm, 500mg	3	
Macrólidos		
azithromycin inj 500mg	3	
azithromycin susr 100mg/5ml, 200mg/5ml	2	
azithromycin tabs 250mg, 500mg, 600mg	2	
clarithromycin er tb24 500mg	4	
clarithromycin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin tabs 250mg, 500mg	2	
erythromycin dr tbec 250mg, 333mg, 500mg	4	
fidaxomicin tabs 200mg	5	
Quinolonas		
ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg, 750mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%	3	
levofloxacin in d5w inj 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml	4	
levofloxacin oral soln 25mg/ml	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 hyclate caps 100mg, 50mg	2	
doxycycline hyclate inj 100mg	4	
doxycycline hyclate 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
diazepam 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)

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
gabapentin caps 200mg	5	PA
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
vigadrone pack 500mg	5	PA
vigadrone tabs 500mg	5	PA
VIGAFYDE SOLN 100MG/ML	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	
eslicarbazepine acetate tabs 200mg, 400mg, 600mg, 800mg	4	
lacosamide soln 10mg/ml	4	
lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	4	
oxcarbazepine susp 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine tabs 150mg, 300mg, 600mg	2	
phenytek caps 200mg, 300mg	2	
phenytoin sodium extended caps 100mg	2	
phenytoin chew 50mg	2	
phenytoin susp 125mg/5ml	2	
rufinamide susp 40mg/ml	5	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
rufinamide tabs 200mg	4	
rufinamide tabs 400mg	5	
XCOPRI TABS 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	5	PA
XCOPRI TBPK 12.5MG-25MG	4	PA
XCOPRI TBPK 50MG-100MG; 150MG-200MG (28 TAB PACK); 100MG-150MG; 150MG-200MG (56 TAB PACK)	5	PA
ZONISADE SUSP 100MG/5ML	4	ST
zonisamide caps 100mg, 25mg, 50mg	2	
Anticonvulsivos, otros		
brivaracetam soln 10mg/ml	4	PA
brivaracetam tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
BRIVIACT SOLN 10MG/ML	5	PA
BRIVIACT TABS 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	PA
EPIDIOLEX SOLN 100MG/ML	5	PA
felbamate susp 600mg/5ml	4	
felbamate tabs 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2MG/ML	5	PA
lamotrigine starter kit/blue kit 25mg	4	
lamotrigine starter kit/green kit 0	4	
lamotrigine starter kit/orange kit 0	4	
lamotrigine chew 25mg, 5mg	2	
lamotrigine tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	2	
levetiracetam er tb24 500mg, 750mg	2	
levetiracetam soln 100mg/ml	2	
levetiracetam tabs 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg	2	
levetiracetam tb3d 250mg, 500mg	4	
NAYZILAM SOLN 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días)
perampanel susp 0.5mg/ml	5	
perampanel tabs 2mg	4	
perampanel tabs 10mg, 12mg, 4mg, 6mg, 8mg	5	
roweepra tabs 500mg	2	
SPRITAM TB3D 250MG, 500MG	4	
subvenite starter kit/blue kit 25mg	4	
subvenite starter kit/green kit 0	4	
subvenite starter kit/orange kit 0	4	
SUBVENITE SUSP 10MG/ML	4	
subvenite tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	2	
topiramate cpsp 15mg, 25mg, 50mg	3	
topiramate soln 25mg/ml	4	
topiramate tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	2	
valproic acid caps 250mg	2	
valproic acid soln 250mg/5ml	2	
Antidepresivos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antidepresivos, otros		
AUVELITY TBCR 105MG; 45MG	4	QL(60 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg, 200mg	2	QL(60 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg	2	QL(90 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (xl) tb24 300mg	2	QL(30 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg	2	QL(90 EA por 30 días)
bupropion hydrochloride tabs 100mg, 75mg	2	
EXXUA TITRATION PACK TB24 18.2MG	5	ST
EXXUA TB24 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST
EXXUA TB24 18.2MG	5	ST
mirtazapine odt tbdp 15mg, 30mg, 45mg	3	
mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg	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 monoaminooxidasa		
EMSAM PT24 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST
MARPLAN TABS 10MG	4	
phenelzine sulfate tabs 15mg	3	
tranylcypromine sulfate tabs 10mg	4	
Tricíclicos		
amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
amoxapine tabs 100mg, 150mg, 25mg, 50mg	4	
clomipramine hydrochloride caps 25mg, 50mg, 75mg	4	
desipramine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg	4	
doxepin hcl caps 75mg	3	
doxepin hcl conc 10mg/ml	4	
doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg	3	
imipramine hcl tabs 25mg, 50mg	4	
imipramine hydrochloride tabs 10mg	4	
nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg	2	
nortriptyline hcl soln 10mg/5ml	4	
nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg	2	
protriptyline hcl tabs 10mg, 5mg	4	
trimipramine maleate caps 100mg, 25mg, 50mg	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
citalopram hydrobromide soln 10mg/5ml	4	
citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg	1	
desvenlafaxine er tb24 100mg	4	QL(120 EA por 30 días)
desvenlafaxine er tb24 25mg, 50mg	4	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr cpep 120mg, 80mg, 90mg	2	QL(30 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg	2	QL(60 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg	2	QL(90 EA por 30 días)
escitalopram oxalate soln 5mg/5ml	4	
escitalopram oxalate tabs 10mg, 20mg, 5mg	2	
FETZIMA TITRATION PACK C4PK 0	4	QL(56 EA por 365 días); ST
FETZIMA CP24 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	4	QL(30 EA por 30 días); ST
fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg	1	
fluoxetine hydrochloride soln 20mg/5ml	4	
fluvoxamine maleate tabs 100mg, 25mg, 50mg	3	
nefazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg	4	
paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg	2	
paroxetine hydrochloride susp 10mg/5ml	4	
paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg	2	
RALDESY SOLN 10MG/ML	5	
sertraline hcl conc 20mg/ml	3	
sertraline hcl tabs 50mg	1	
sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg	1	
trazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 50mg	2	
TRINTELLIX TABS 10MG, 20MG, 5MG	4	QL(30 EA por 30 días)
venlafaxine hydrochloride er cp24 150mg, 37.5mg, 75mg	2	
venlafaxine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	2	
vilazodone hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
aprepitant caps 40mg	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
aprepitant caps 80mg	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
aprepitant caps 125mg	5	QL(2 EA por 30 días); B/D
aprepitant cppk 0	4	QL(6 EA por 30 días); B/D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
dronabinol caps 10mg, 2.5mg, 5mg	4	QL(60 EA por 30 días); PA
ondansetron hcl soln 4mg/5ml	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg	2	B/D
ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg	2	B/D
Antieméticos, otros		
compro supp 25mg	4	
meclizine hcl tabs 12.5mg	4	
meclizine hydrochloride tabs 25mg	4	
prochlorperazine maleate tabs 10mg, 5mg	2	
prochlorperazine supp 25mg	4	
promethazine hcl supp 12.5mg	4	
promethazine hydrochloride soln 6.25mg/5ml	3	
promethazine hydrochloride supp 25mg	4	
promethazine hydrochloride tabs 12.5mg, 25mg, 50mg	3	
promethegan supp 25mg	4	
scopolamine pt72 1mg/3days	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
dapsone tabs 100mg, 25mg	3	
rifabutin caps 150mg	4	
Antituberculosos		
cycloserine caps 250mg	5	
ethambutol hydrochloride tabs 100mg, 400mg	2	
isoniazid syrp 50mg/5ml	4	
isoniazid tabs 100mg, 300mg	1	
pyrazinamide tabs 500mg	4	
rifampin caps 150mg, 300mg	3	
rifampin inj 600mg	4	
rifapentine tabs 150mg	4	
SIRTURO TABS 100MG, 20MG	5	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
amphotericin b liposome inj 50mg	5	B/D
amphotericin b inj 50mg	4	B/D
CASPOFUNGIN ACETATE INJ 70MG	4	
caspofungin acetate inj 50mg	4	
clotrimazole crea 1%	2	QL(90 GM por 30 días)
clotrimazole soln 1%	2	QL(60 ML por 30 días)
clotrimazole troc 10mg	3	
CRESEMBA CAPS 186MG, 74.5MG	5	PA
econazole nitrate crea 1%	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
fluconazole in sodium chloride inj 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%	3	
fluconazole susr 10mg/ml, 40mg/ml	3	
fluconazole tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg	2	
flucytosine caps 250mg, 500mg	5	
griseofulvin microsize susp 125mg/5ml	4	
griseofulvin microsize tabs 500mg	4	
griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg	4	
itraconazole caps 100mg	4	PA
JUBLIA SOLN 10%	5	
ketoconazole crea 2%	2	QL(90 GM por 30 días)
ketoconazole sham 2%	2	
ketoconazole tabs 200mg	2	
micafungin inj 100mg, 50mg	4	
nyamyc powd 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
nystatin crea 100000unit/gm	2	
nystatin oint 100000unit/gm	2	
nystatin powd 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
nystatin susp 100000unit/ml	2	
nystatin tabs 500000unit	3	
nystop powd 100000unit/gm	2	QL(120 GM por 30 días)
posaconazole dr tbec 100mg	5	PA
posaconazole susp 40mg/ml	5	PA
terbinafine hcl tabs 250mg	2	QL(84 EA por 180 días)
terconazole crea 0.4%, 0.8%	3	
voriconazole inj 200mg	5	PA
voriconazole susr 40mg/ml	5	
voriconazole tabs 200mg, 50mg	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
cyclophosphamide caps 25mg, 50mg	3	B/D
LEUKERAN TABS 2MG	5	
lomustine caps 10mg, 40mg	4	
lomustine caps 100mg	5	
MATULANE CAPS 50MG	5	
VALCHLOR GEL 0.016%	5	PA
Agentes antiangiogénicos		
lenalidomide caps 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg	5	PA
pomalidomide caps 3mg, 4mg	5	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
pomalidomide caps 1mg, 2mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
THALOMID CAPS 100MG, 50MG	5	PA
Antiandrogénicos		
abiraterone acetate tabs 250mg, 500mg	5	PA
abirtega tabs 250mg	2	PA
bicalutamide tabs 50mg	2	
ERLEADA TABS 240MG, 60MG	5	PA
EULEXIN CAPS 125MG	4	
nilutamide tabs 150mg	5	
NUBEQA TABS 300MG	5	PA
XTANDI CAPS 40MG	5	PA
XTANDI TABS 40MG, 80MG	5	PA
YONSA TABS 125MG	5	PA
Antiestrógenos/modificadores		
INLURIYO TABS 200MG	5	PA
ORSERDU TABS 345MG, 86MG	5	PA
SOLTAMOX SOLN 10MG/5ML	5	
tamoxifen citrate tabs 10mg, 20mg	2	
toremifene citrate tabs 60mg	4	
Antimetabolitos		
DROXIA CAPS 200MG, 300MG, 400MG	3	
hydroxyurea caps 500mg	2	
mercaptopurine susp 2000mg/100ml	5	
mercaptopurine tabs 50mg	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
IWILFIN TABS 192MG	5	PA
KOMZIFTI CAPS 200MG	5	PA
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
leucovorin calcium tabs 10mg, 5mg	2	
leucovorin calcium tabs 15mg, 25mg	3	
LONSURF TABS 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA
LYSODREN TABS 500MG	5	
MODEYSO CAPS 125MG	5	PA
OGSIVEO TABS 100MG, 150MG	5	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
ZENBEXUS CAPS 0.75MG, 1MG	5	PA
ZOLINZA CAPS 100MG	5	PA
Complementos del tratamiento		
mesna tabs 400mg	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		
anastrozole tabs 1mg	2	
exemestane tabs 25mg	2	
letrozole tabs 2.5mg	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, 500MG	5	PA
bosutinib tabs 400mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA
BRUKINSA TABS 160MG	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
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
COMETRIQ KIT 0, 20MG	5	PA
COPIKTRA CAPS 15MG, 25MG	5	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COTELLIC TABS 20MG	5	PA
DANZITEN TABS 71MG, 95MG	5	PA
dasatinib tabs 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg	5	PA
DAURISMO TABS 100MG, 25MG	5	PA
ENSACOVE CAPS 100MG, 25MG	5	PA
ERIVEDGE CAPS 150MG	5	PA
erlotinib hydrochloride tabs 150mg	4	PA
erlotinib hydrochloride tabs 100mg, 25mg	5	PA
everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg	5	PA
FOTIVDA CAPS 0.89MG, 1.34MG	5	PA
FRUZAQLA CAPS 1MG, 5MG	5	PA
GAVRETO CAPS 100MG	5	PA
gefitinib tabs 250mg	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
HERNEXEOS TABS 60MG	5	PA
HYRNUO TABS 10MG	5	PA
IBRANCE CAPS 125MG	5	PA
IBTROZI CAPS 200MG	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
imatinib mesylate tabs 100mg	3	PA
imatinib mesylate tabs 400mg	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 XR TB24 11MG, 22MG, 33MG, 44MG, 55MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JAKAFI TABS 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA
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
JIDEYTRO TABS 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
JIDEYTRO TABS 25MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
KISQALI TBPK 200MG	5	PA
KOSELUGO CAPS 10MG, 25MG	5	PA
KOSELUGO CPSP 5MG, 7.5MG	5	PA
KRAZATI TABS 200MG	5	PA
lapatinib ditosylate tabs 250mg	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
LIFYORLI CPPK 0	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
nilotinib d-tartrate caps 150mg, 200mg, 50mg	5	PA
nilotinib hydrochloride caps 150mg, 200mg, 50mg	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
pazopanib hydrochloride tabs 200mg	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

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
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
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
sorafenib tosylate tabs 200mg	5	PA
STIVARGA TABS 40MG	5	PA
sunitinib malate caps 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	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
TEPMETKO TABS 225MG	5	PA
TIBSOVO TABS 250MG	5	PA
torpenz tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	5	QL(30 EA por 30 días); PA
TRUQAP TABS 200MG	5	PA
TRUQAP TBPK 160MG	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

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
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
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, 80MG	5	PA
yulithira tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg	4	QL(30 EA por 30 días); PA
ZEJULA TABS 200MG, 300MG	5	PA
ZEJULA TABS 100MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ZELBORAF TABS 240MG	5	PA
ZYKADIA TABS 150MG	5	PA
Retinoides		
bexarotene caps 75mg	5	PA
bexarotene gel 1%	5	PA
PANRETIN GEL 0.1%	5	
tretinoin caps 10mg	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
albendazole tabs 200mg	4	
ivermectin tabs 3mg, 6mg	2	PA
praziquantel tabs 600mg	4	
Antiprotozoico		
atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg	4	
atovaquone/proguanil hydrochloride tabs 250mg; 100mg	4	
atovaquone susp 750mg/5ml	4	
benznidazole tabs 100mg, 12.5mg	4	
chloroquine phosphate tabs 250mg, 500mg	4	
COARTEM TABS 20MG; 120MG	4	
hydroxychloroquine sulfate tabs 100mg, 200mg	2	
mefloquine hydrochloride tabs 250mg	2	
nitazoxanide tabs 500mg	5	
pentamidine isethionate inj 300mg	4	
pentamidine isethionate inhalation solr 300mg	4	B/D
primaquine phosphate tabs 26.3mg	3	
pyrimethamine tabs 25mg	5	PA
quinine sulfate caps 324mg	4	PA
Antipsicóticos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Primera generación/típico		
chlorpromazine hydrochloride conc 100mg/ml, 30mg/ml	4	
chlorpromazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg	4	
fluphenazine decanoate inj 25mg/ml	4	
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)

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
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
FANAPT TITRATION PACK B TABS 0	4	QL(24 EA por 365 días); ST
FANAPT TITRATION PACK C TABS 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST
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	
lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg	4	QL(30 EA por 30 días)
lurasidone hydrochloride tabs 80mg	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
olanzapine odt tbdp 10mg, 15mg, 20mg, 5mg	4	QL(30 EA por 30 días)
olanzapine inj 10mg	4	
olanzapine tabs 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg	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
paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg, 9mg	4	QL(30 EA por 30 días)
paliperidone er tb24 6mg	4	QL(60 EA por 30 días)
quetiapine fumarate er tb24 300mg, 400mg, 50mg	2	QL(60 EA por 30 días)
quetiapine fumarate er tb24 200mg	2	QL(90 EA por 30 días)
quetiapine fumarate er tb24 150mg	3	QL(60 EA por 30 días)
quetiapine fumarate tabs 300mg, 400mg	2	QL(60 EA por 30 días)
quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	QL(30 EA por 30 días)
risperidone er inj 12.5mg, 25mg	4	
risperidone er inj 37.5mg, 50mg	5	
risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	4	QL(60 EA por 30 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
risperidone soln 1mg/ml	2	QL(240 ML por 30 días)
risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	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
UZEDY INJ 100MG/0.28ML, 125MG/0.35ML, 150MG/0.42ML, 200MG/0.56ML, 250MG/0.7ML, 50MG/0.14ML, 75MG/0.21ML	5	
VRAYLAR CAPS 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días)
ziprasidone hcl caps 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	QL(60 EA por 30 días)
ziprasidone mesylate inj 20mg	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)
lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg, 200mg; 50mg	4	
PREZCOBIX TABS 150MG; 675MG, 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)
ritonavir tabs 100mg	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		
maraviroc tabs 300mg	5	QL(120 EA por 30 días)
maraviroc tabs 150mg	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA TB12 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
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)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
LIVTENCITY TABS 200MG	5	
PREVYMIS PACK 120MG, 20MG	5	
PREVYMIS TABS 240MG, 480MG	5	
valganciclovir hydrochloride solr 50mg/ml	5	
valganciclovir tabs 450mg	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
Agentes antigripales		
oseltamivir phosphate caps 75mg	2	QL(110 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate caps 30mg	2	QL(168 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate caps 45mg	2	QL(84 EA por 365 días)
oseltamivir phosphate susr 6mg/ml	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
ribavirin tabs 200mg	3	
sofosbuvir/velpatasvir tabs 400mg; 100mg	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABS 400MG; 100MG; 100MG	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
acyclovir sodium inj 50mg/ml	4	B/D
acyclovir caps 200mg	2	
acyclovir susp 200mg/5ml	4	
acyclovir tabs 400mg, 800mg	2	
famciclovir tabs 125mg, 250mg, 500mg	3	
valacyclovir hydrochloride tabs 1gm, 500mg	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 PED TBSO 2.5MG	5	QL(180 EA por 30 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
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg; 200mg; 300mg	3	QL(30 EA por 30 días)
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg	5	QL(30 EA por 30 días)
efavirenz tabs 600mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 25mg; 300mg	5	QL(30 EA por 30 días)
etravirine tabs 100mg, 200mg	5	QL(60 EA por 30 días)
IDVYNSO TABS 100MG; 0.25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
INTELENCE TABS 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
nevirapine er tb24 400mg	4	QL(30 EA por 30 días)
nevirapine susp 50mg/5ml	4	QL(1200 ML por 30 días)
nevirapine tabs 200mg	2	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABS 100MG	5	QL(30 EA por 30 días)
rilpivirine hydrochloride tabs 25mg	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
abacavir sulfate/lamivudine tabs 600mg; 300mg	4	QL(30 EA por 30 días)
abacavir soln 20mg/ml	4	QL(960 ML por 30 días)
abacavir tabs 300mg	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)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg	2	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 133mg; 200mg	5	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine/tenofovir disoproxil tabs 167mg; 250mg	4	QL(30 EA por 30 días)
emtricitabine caps 200mg	4	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLN 10MG/ML	4	QL(850 ML por 30 días)
lamivudine/zidovudine tabs 150mg; 300mg	3	QL(60 EA por 30 días)
lamivudine soln 10mg/ml	3	QL(960 ML por 30 días)
lamivudine tabs 150mg	2	QL(60 EA por 30 días)
lamivudine tabs 300mg	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY TABS 200MG; 25MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg	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)
zidovudine caps 100mg	4	QL(180 EA por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
zidovudine syrp 50mg/5ml	4	QL(1920 ML por 30 días)
zidovudine tabs 300mg	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
adefovir dipivoxil tabs 10mg	4	
BARACLUDE SOLN 0.05MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días)
entecavir tabs 0.5mg, 1mg	4	QL(30 EA por 30 días)
lamivudine tabs 100mg	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPS 200MG	3	QL(40 EA por 5 días)
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)
XOCOVA TABS 125MG	3	QL(7 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)
sodium polystyrene sulfonate powd 0	3	
sodium polystyrene sulfonate susp 15gm/60ml	3	
sps susp 15gm/60ml	3	
VELTASSA PACK 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPS 100MG	5	
deferasirox pack 180mg, 360mg, 90mg	5	PA
deferasirox tabs 90mg	3	PA
deferasirox tabs 180mg, 360mg	4	PA
deferasirox tbso 125mg, 250mg	4	PA
deferasirox tbso 500mg	5	PA
penicillamine tabs 250mg	5	
tolvaptan tabs 15mg, 30mg	5	QL(120 EA por 30 días); PA
trientine hydrochloride caps 250mg	5	PA
Quelantes de fosfato		
calcium acetate tabs 667mg	3	
VELPHORO CHEW 500MG	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		
carglumic acid tbso 200mg	5	
dextrose 5%/sodium chloride 0.45% inj 5%; 0.45%	4	
dextrose 5%/sodium chloride 0.9% inj 5%; 0.9%	4	
dextrose 5% inj 5%	2	
klor-con 10 tbcr 10meq	2	
klor-con 8 tbcr 8meq	2	

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
klor-con m10 tbcr 10meq	2	
klor-con m15 tbcr 15meq	3	
klor-con m20 tbcr 20meq	2	
magnesium sulfate inj 50%	3	
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
potassium chloride er cpcr 10meq, 8meq	2	
potassium chloride er tbcr 10meq, 15meq, 20meq, 8meq	2	
potassium chloride er tbcr 15meq	3	
potassium chloride inj 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	2	
potassium chloride oral soln 10%	4	
potassium citrate er tbcr 1080mg, 15meq, 540mg	4	
sodium chloride 0.45% inj 0.45%	3	
sodium chloride inj 0.9%	3	
Vitaminas		
cyanocobalamin inj 1000mcg/ml	2	ED
folic acid tabs 1mg	2	QL(30 EA por 30 días); ED
prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg	2	
vitamin d caps 50000unit	2	ED
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
tranexamic acid tabs 650mg	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER CP12 25MG; 200MG	4	
CABLIVI INJ 11MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
cilostazol tabs 100mg, 50mg	2	
clopidogrel tabs 75mg	1	
clopidogrel tabs 300mg	2	
DOPTELET TABS 20MG	5	PA
prasugrel hydrochloride tabs 10mg, 5mg	2	
ticagrelor tabs 60mg, 90mg	3	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate caps 110mg, 150mg, 75mg	2	QL(60 EA por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5MG	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS CPSP 0.15MG	3	QL(84 EA por 28 días)
ELIQUIS TABS 5MG	3	
ELIQUIS TABS 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TBSO 0.5MG	3	QL(140 EA por 28 días)
ELIQUIS TBSO PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)	3	QL(420 EA por 28 días)
ELIQUIS TBSO PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)	3	QL(560 EA por 28 días)
enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml	4	
fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml	4	
fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml	5	
FRAGMIN INJ 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
heparin sodium inj 5000unit/ml	3	
jantoven tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
rivaroxaban susr 1mg/ml	3	QL(600 ML por 30 días)
warfarin sodium tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg	1	
XARELTO STARTER PACK TBPK 0	3	QL(102 EA por 365 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		
anagrelide hydrochloride caps 0.5mg, 1mg	3	
eltrombopag olamine pack 12.5mg, 25mg	5	PA
eltrombopag olamine tabs 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	PA
NEULASTA INJ 6MG/0.6ML	5	PA
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	PA
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	PA
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	PA
XOLREMDI CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZARXIO INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
acarbose tabs 100mg, 25mg, 50mg	2	
dapagliflozin/metformin hydrochloride er tb24 10mg; 1000mg, 10mg; 500mg, 5mg; 1000mg, 5mg; 500mg	3	
glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg	6	
glipizide er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg	6	
glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	6	
glipizide tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	6	
glyburide/metformin hydrochloride tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	6	
glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg	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	
metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg	6	
metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg	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
nateglinide tabs 120mg, 60mg	6	
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA
OZEMPIC TABS 4MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
OZEMPIC TABS 1.5MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
pioglitazone hcl/metformin hcl tabs 500mg; 15mg, 850mg; 15mg	6	
pioglitazone hcl tabs 45mg	6	
pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg	6	
repaglinide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg	6	
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride tabs 1000mg; 50mg, 500mg; 50mg	3	
sitagliptin phosphate tabs 100mg, 25mg, 50mg	3	QL(30 EA por 30 días)
SOLIQUA 100/33 INJ 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK POWD 3MG/DOSE	3	
diazoxide susp 50mg/ml	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 KWIKPEN INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJ 100UNIT/ML	3	
insulin lispro inj 100unit/ml	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	

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
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	
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
l-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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REVCOVI 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
YARGESA CAPS 100MG	5	PA
zelvysia pack 100mg, 500mg	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	

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
abacavir	56
abacavir sulfate/lamivudine	56
abigale	17
abigale lo	17
ABILIFY MAINTENA	52
abiraterone acetate	46
abirtega	46
ABRYSVO	26
acamprosate calcium dr	29
acarbose	60
acebutolol hydrochloride	3
acetaminophen/codeine	34
acetazolamide	27
acetazolamide er	27
acetic acid	34
acitretin	12
ACTHIB	26
ACTIMMUNE	24
acyclovir	14
acyclovir	55
acyclovir sodium	55
ADACEL	26
adalimumab-aaty 1-pen kit	24
adalimumab-aaty 2-pen kit	24
adalimumab-aaty 2-syringe	24
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS STARTER	24
ADALIMUMAB-ADBM	24
adapalene/benzoyl peroxide	12
ADBRY	12
adefovir dipivoxil	57
ADEMPAS	31
ADVAIR HFA	30
AIMOVIG	1
AIRSUPRA	30
AKEEGA	46
ala-cort	12
albendazole	51
albuterol sulfate	33
albuterol sulfate hfa	33
alclometasone dipropionate	12
ALCOHOL PREP PADS	33
ALECENSA	47

Nombre del medicamento	Página
alendronate sodium	8
alfuzosin hcl er	16
aliskiren	4
allopurinol	7
alosetron hydrochloride	14
alprazolam	35
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 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	37
amoxicillin/clavulanate potassium er	37
amoxicillin/potassium clavulanate	38
amphetamine/dextroamphetamine	9
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
APTIVUS	54
AREXVY	26
arformoterol tartrate	33
ARIKAYCE	36
aripiprazole	52
aripiprazole odt	52
ARISTADA	52
ARISTADA INITIO	52

Nombre del medicamento	Página
ARMODAFINIL	11
ARNUITY ELLIPTA	32
asenapine maleate sl	52
ashlyna	17
ASMANEX HFA	32
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	32
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	32
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	32
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER	58
atazanavir	54
atazanavir sulfate	54
atenolol	3
atenolol/chlorthalidone	4
atomoxetine	10
atorvastatin calcium	6
atovaquone	51
atovaquone/proguanil hcl	51
atovaquone/proguanil hydrochloride	51
atropine sulfate	27
ATROVENT HFA	32
aubra eq	17
AUGMENTIN	38
AUGTYRO	47
AUSTEDO	10
AUSTEDO XR	10
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	10
AUVELITY	42
aviane	17
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	47
AVONEX	8
AVONEX PEN	8
AVTOZMA	22
AYVAKIT	47
azathioprine	24
azelaic acid	12
azelastine hcl	27
azelastine hydrochloride	32
azilsartan medoxomil	5
azithromycin	38
aztreonam	36
azurette	17
bacitracin/polymyxin b	27
baclofen	1
balsalazide disodium	7
BALVERSA	47
balziva	17
BAQSIMI ONE PACK	61
BARACLUDE	57
bcg vaccine	26
BELSOMRA	11
benazepril hydrochloride	7
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide	4
BENLYSTA	22
benznidazole	51
benztropine mesylate	2
BESIVANCE	28
BESREMI	24
BESREMI PEN	24
betaine anhydrous	62
betamethasone dipropionate	13
betamethasone dipropionate augmented	12
betamethasone valerate	13
BETASERON	8
betaxolol hcl	3
betaxolol hcl	27
bethanechol chloride	16
bexarotene	51
BEXSERO	26
bicalutamide	46
BICILLIN L-A	38
BIKTARVY	55
bisoprolol fumarate	3
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	4
BIVIGAM	24
blisovi fe 1.5/30	17
BOOSTRIX	26
BOSULIF	47
bosutinib	47
BRAFTOVI	47
BREO ELLIPTA	30
breyna	30
BREZTRI AEROSPHERE	30
briellyn	17
BRIMONIDINE TARTRATE	27
brivaracetam	41
BRIVIACT	41
bromfenac sodium	28
bromocriptine mesylate	2
BRUKINSA	47
budesonide	8

Nombre del medicamento	Página
budesonide	32
budesonide er	8
budesonide/formoterol fumarate dihydrate	30
bumetanide	6
buprenorphine	34
buprenorphine hcl	29
buprenorphine hcl/naloxone hcl	29
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride	29
bupropion hydrochloride	42
bupropion hydrochloride er (sr)	29
bupropion hydrochloride er (sr)	42
bupropion hydrochloride er (xl)	42
buspirone hcl	35
buspirone hydrochloride	35
butalbital/acetaminophen/caffeine	10
cabergoline	21
CABLIVI	58
CABOMETYX	47
calcipotriene	11
calcitonin-salmon	8
calcitriol	8
calcium acetate	57
CALQUENCE	47
camila	20
camrese lo	17
candesartan cilexetil	5
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide	4
CAPLYTA	53
CAPRELSA	47
captopril	7
carbamazepine	40
carbamazepine er	40
carbidopa	2
carbidopa/levodopa	2
carbidopa/levodopa er	2
carbidopa/levodopa odt	2
carglumic acid	57
carteolol hcl	27
cartia xt	3
carvedilol	3
CASPOFUNGIN ACETATE	44
CAYSTON	31
cefaclor	37
cefadroxil	37
cefazolin sodium	37
cefdinir	37
cefepime	37
cefixime	37
cefotetan	37
cefoxitin sodium	37
cefpodoxime proxetil	37
cefprozil	37
ceftaroline fosamil	37
ceftazidime	37
ceftriaxone sodium	37
cefuroxime axetil	37
cefuroxime sodium	37
celecoxib	35
cephalexin	37
CERDELGA	62
cetirizine hydrochloride	32
CHEMET	57
chlorhexidine gluconate	11
chloroquine phosphate	51
chlorpromazine hydrochloride	52
chlorthalidone	6
CHOLBAM	62
cholestyramine	6
cholestyramine light	6
ciclopirox	14
ciclopirox nail lacquer	14
ciclopirox olamine	14
cilostazol	58
CIMDUO	56
cinacalcet hydrochloride	8
CINRYZE	24
ciprofloxacin hydrochloride	28
ciprofloxacin hydrochloride	38
ciprofloxacin i.v.-in d5w	38
citalopram hydrobromide	43
claravis	12
clarithromycin	38
clarithromycin er	38
CLENPIQ	15
CLIMARA PRO	17
clindacin etz pledgets	36
clindamycin hcl	36
clindamycin hydrochloride	36
clindamycin palmitate hydrochloride	36
clindamycin phosphate	14
clindamycin phosphate	36
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	12
clobazam	39

Nombre del medicamento	Página
clobetasol propionate	13
clobetasol propionate emollient base	13
clomipramine hydrochloride	42
clonazepam	39
clonazepam odt	39
clonidine	5
clonidine hydrochloride	5
clopidogrel	58
clorazepate dipotassium	36
clotrimazole	44
clotrimazole/betamethasone dipropionate	11
clozapine	52
clozapine odt	52
COARTEM	51
COBENFY	10
COBENFY STARTER PACK	10
colchicine	7
colestipol hydrochloride	6
colistimethate sodium	36
COMBIGAN	27
COMBIVENT RESPIMAT	30
COMETRIQ	47
compro	44
conjugated estrogens	17
constulose	14
COPIKTRA	47
COSENTYX	22
COSENTYX SENSOREADY PEN	22
COSENTYX UNOREADY	22
COTELLIC	48
CREON	62
CRESEMBA	44
cromolyn sodium	27
cromolyn sodium	33
cromolyn sodium	62
cryselle	17
CTEXLI	15
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	33
cyanocobalamin	58
cyclobenzaprine hydrochloride	62
cyclophosphamide	45
cycloserine	44
cyclosporine	24
cyclosporine	27
cyclosporine modified	24
cyproheptadine hydrochloride	32
CYSTAGON	62
CYSTARAN	28
dabigatran etexilate	58
dalfampridine er	8
danazol	17
dantrolene sodium	1
DANZITEN	48
dapagliflozin	7
dapagliflozin/metformin hydrochloride er	60
dapsone	44
DAPTACEL	26
daptomycin	36
darunavir	54
dasatinib	48
DAURISMO	48
deblitane	20
deferasirox	57
DELSTRIGO	55
demeclocycline hcl	39
DEPO-SUBQ PROVERA 104	20
DESCOVY	56
desipramine hydrochloride	42
desmopressin acetate	17
desonide	13
desoximetasone	13
desvenlafaxine er	43
dexamethasone	20
dexamethasone sodium phosphate	28
dexmethylphenidate hcl	10
dexmethylphenidate hydrochloride	10
dextroamphetamine sulfate	10
dextromethorphan hydrobromide/quinidine sulfate	10
dextrose 5%	57
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	57
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	57
DIACOMIT	39
diazepam	36
diazepam	39
diazepam intensol	36
diazoxide	61
diclofenac sodium	11
diclofenac sodium	29
diclofenac sodium	35
diclofenac sodium dr	35
dicloxacillin sodium	38
dicyclomine hydrochloride	16
digoxin	5

Nombre del medicamento	Página
dihydroergotamine mesylate	1
DILANTIN	40
diltiazem hcl	3
diltiazem hcl er	3
diltiazem hydrochloride	3
diltiazem hydrochloride er	3
dilt-xr	3
dimethyl fumarate	8
dimethyl fumarate starterpack	8
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate	14
disulfiram	29
divalproex sodium dr	39
divalproex sodium er	39
dofetilide	5
dolishale	17
donepezil hcl	1
donepezil hydrochloride	1
DOPTELET	58
dorzolamide hcl/timolol maleate	28
dorzolamide hydrochloride	27
DOTTI	17
DOVATO	55
doxazosin mesylate	16
doxepin hcl	42
doxepin hydrochloride	11
doxepin hydrochloride	42
doxy 100	39
doxycycline	39
doxycycline hyclate	11
doxycycline hyclate	39
doxycycline monohydrate	39
DRIZALMA SPRINKLE	43
dronabinol	44
DROXIA	46
droxidopa	5
DULERA	30
duloxetine hydrochloride dr	43
DUPIXENT	22
dutasteride	16
EBGLYSS	13
EBGLYSS	22
econazole nitrate	44
EDURANT PED	55
efavirenz	56
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	56
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	56
ELIQUIS	59
ELIQUIS STARTER PACK	59
ELMIRON	16
eltrombopag olamine	59
eluryng	18
EMGALITY	2
EMPAVELI	22
EMSAM	42
emtricitabine	56
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate	56
emtricitabine/tenofovir disoproxil	56
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	56
EMTRIVA	56
enalapril maleate	7
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	4
ENBREL	25
ENBREL MINI	25
ENBREL SURECLICK	25
ENGERIX-B	26
enilloring	18
enoxaparin sodium	59
ENSACOVE	48
entacapone	2
entecavir	57
ENTRESTO	4
enulose	14
ENVARSUS XR	25
EPIDIOLEX	41
epinephrine	33
eplerenone	5
ergotamine tartrate/caffeine	1
ERIVEDGE	48
ERLEADA	46
erlotinib hydrochloride	48
errin	20
ertapenem sodium	38
ery	14
erythromycin	14
erythromycin	28
erythromycin dr	38
erythromycin/benzoyl peroxide	12
escitalopram oxalate	43
eslicarbazepine acetate	40
esomeprazole magnesium	16

Nombre del medicamento	Página
estarylla	18
estradiol	18
estradiol/norethindrone acetate	18
ESTRING	18
ESZOPICLONE	11
ethambutol hydrochloride	44
ethosuximide	39
etonogestrel/ethinyl estradiol	18
etravirine	56
EUCRISA	13
EULEXIN	46
everolimus	25
everolimus	48
EVOTAZ	54
EVRYSDI	62
exemestane	47
EXXUA	42
EXXUA TITRATION PACK	42
ezetimibe	6
ezetimibe/simvastatin	6
falmina	18
famciclovir	55
famotidine	15
FANAPT	53
FANAPT TITRATION PACK A	53
FANAPT TITRATION PACK B	53
FANAPT TITRATION PACK C	53
FASENRA	30
FASENRA PEN	30
feirza 1.5/30	18
feirza 1/20	18
felbamate	41
felodipine er	3
fenofibrate	5
fenofibrate micronized	5
fenofibric acid dr	5
fentanyl	34
fesoterodine fumarate er	16
FETZIMA	43
FETZIMA TITRATION PACK	43
FIASP	61
FIASP FLEXTOUCH	61
FIASP PENFILL	61
fidaxomicin	38
FINACEA	12
finasteride	16
fingolimod hydrochloride	9

Nombre del medicamento	Página
FINTEPLA	41
FIRMAGON	21
FLAREX	29
flecainide acetate	5
fluconazole	45
fluconazole in sodium chloride	45
flucytosine	45
fludrocortisone acetate	20
fluocinolone acetonide	13
fluocinonide	13
fluorouracil	11
fluoxetine hydrochloride	43
fluphenazine decanoate	52
fluphenazine hcl	52
fluphenazine hydrochloride	52
flurbiprofen	35
flurbiprofen sodium	29
fluticasone propionate	13
fluticasone propionate	32
fluticasone propionate/salmeterol	30
fluticasone propionate/salmeterol diskus	30
fluvastatin	6
fluvastatin sodium er	6
fluvoxamine maleate	43
folic acid	58
fondaparinux sodium	59
FORTEO	8
fosamprenavir calcium	54
fosfomycin tromethamine	36
fosinopril sodium	7
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	4
FOTIVDA	48
FRAGMIN	59
FRUZAQLA	48
furosemide	6
fyavolv	18
gabapentin	39
galantamine hydrobromide	1
galantamine hydrobromide er	1
gallifrey	20
GARDASIL 9	26
gatifloxacin	28
gavilyte-c	15
gavilyte-g	15
GAVRETO	48
gefitinib	48
gemfibrozil	5

Nombre del medicamento	Página
GEMTESA	16
generlac	14
gengraf	25
GENOTROPIN	17
GENOTROPIN MINIQUICK	17
gentamicin sulfate	28
gentamicin sulfate	36
GENVOYA	55
GILOTRIF	48
glatiramer acetate	9
glimepiride	60
glipizide	60
glipizide er	60
glipizide/metformin hydrochloride	60
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	61
glyburide	60
glyburide/metformin hydrochloride	60
glycopyrrolate	16
GLYXAMBI	60
GOMEKLI	48
griseofulvin microsize	45
griseofulvin ultramicrosize	45
guanfacine hydrochloride er	10
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	61
GVOKE KIT	61
GVOKE PFS	61
hailey fe 1/20	18
halobetasol propionate	13
haloperidol	52
haloperidol decanoate	52
haloperidol lactate	52
HAVRIX	26
heather	20
heparin sodium	59
HEPLISAV-B	26
HERNEXEOS	48
HIBERIX	26
HUMALOG	61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61
HUMALOG KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 75/25	61
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61
HUMATIN	36
HUMIRA	25
HUMIRA PEN	25
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	25
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	25
HUMULIN 70/30	61
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61
HUMULIN N	61
HUMULIN N KWIKPEN	61
HUMULIN R	61
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61
hydralazine hydrochloride	7
hydrochlorothiazide	7
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	34
hydrocodone/acetaminophen	34
hydrocortisone	8
hydrocortisone	13
hydrocortisone	20
hydrocortisone valerate	13
hydromorphone hcl	34
hydromorphone hydrochloride	35
hydroxychloroquine sulfate	51
hydroxyurea	46
hydroxyzine hcl	32
hydroxyzine hydrochloride	32
hydroxyzine pamoate	32
HYRNUO	48
ibandronate sodium	8
IBRANCE	46
IBRANCE	48
IBTROZI	48
ibu	35
ibuprofen	35
icatibant acetate	24
iclevia	18
ICLUSIG	48
icosapent ethyl	6
IDHIFA	48
IDVYNSO	56
imatinib mesylate	48
IMBRUVICA	48
imipenem/cilastatin	38
imipramine hcl	42
imipramine hydrochloride	42
imiquimod	12
IMKELDI	48
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	26
INBRIJA	2
incassia	20
INCRELEX	17

Nombre del medicamento	Página
INCRUSE ELLIPTA	32
indapamide	7
indomethacin	35
indomethacin er	35
INFANRIX	26
INGREZZA	10
INLURIYO	46
INLYTA	48
INQOVI	48
INREBIC	46
insulin lispro	61
INSULIN SYRINGES, NEEDLES	33
INTELENCE	56
introvale	18
INVEGA HAFYERA	53
INVEGA SUSTENNA	53
INVEGA TRINZA	53
IPOL INACTIVATED IPV	26
ipratropium bromide	32
ipratropium bromide hfa	32
ipratropium bromide/albuterol sulfate	30
irbesartan	5
irbesartan/hydrochlorothiazide	4
ISENTRESS	55
ISENTRESS HD	55
isoniazid	44
isosorbide dinitrate	7
isosorbide mononitrate	7
isosorbide mononitrate er	7
isotretinoin	12
ISTURISA	17
ITOVEBI	46
itraconazole	45
ivabradine hydrochloride	4
ivermectin	51
IWILFIN	46
IXIARO	26
jaimiess	18
JAKAFI	49
JAKAFI XR	48
jantoven	59
JANUMET	60
JANUMET XR	60
JANUVIA	60
JARDIANCE	7
JAYPIRCA	49
JENTADUETO	60
JENTADUETO XR	60
JIDEYTRO	49
jinteli	18
JUBBONTI	8
JUBLIA	45
JULUCA	55
junel 1.5/30	18
junel 1/20	18
junel fe 1.5/30	18
junel fe 1/20	18
JYLAMVO	25
JYNNEOS	26
KALYDECO	31
kariva	18
kelnor 1/35	18
KERENDIA	5
KESIMPTA	9
ketoconazole	45
ketorolac tromethamine	29
ketorolac tromethamine	35
KINERET	22
KINRIX	26
KIONEX	57
KISQALI	49
klor-con 10	57
klor-con 8	57
klor-con m10	58
klor-con m15	58
klor-con m20	58
KLOXXADO	29
KOMZIFTI	46
KOSELUGO	49
kourzeq	11
KRAZATI	49
kurvelo	18
KYGEVVI	33
labetalol hydrochloride	3
lacosamide	40
lactulose	14
LAGEVRIO	57
lamivudine	56
lamivudine	57
lamivudine/zidovudine	56
lamotrigine	41
lamotrigine starter kit/blue	41
lamotrigine starter kit/green	41
lamotrigine starter kit/orange	41

Nombre del medicamento	Página
lansoprazole	16
LANTUS	61
LANTUS SOLOSTAR	61
lapatinib ditosylate	49
larin 1.5/30	18
larin 1/20	18
larin fe 1.5/30	18
larin fe 1/20	18
latanoprost	29
LAZCLUZE	46
leflunomide	25
lenalidomide	45
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	49
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	49
lessina	18
letrozole	47
leucovorin calcium	46
LEUKERAN	45
leuprolide acetate	21
levalbuterol hydrochloride	33
levalbuterol tartrate hfa	33
levetiracetam	41
levetiracetam er	41
levobunolol hcl	27
levocetirizine dihydrochloride	32
levofloxacin	28
levofloxacin	38
levofloxacin in d5w	38
levonest	18
levonorgestrel and ethinyl estradiol	18
levonorgestrel/ethinyl estradiol	18
levothyroxine sodium	21
levoxyl	21
l-glutamine	62
lidocaine	35
lidocaine viscous	11
lidocaine/prilocaine	35
LIFYORLI	49
LILETTA	20
linezolid	36
LINZESS	14

Nombre del medicamento	Página
liomny	21
liothyronine sodium	21
lisinopril	7
lisinopril/hydrochlorothiazide	4
lithium	29
lithium carbonate	29
lithium carbonate er	29
LIVMARLI	15
LIVTENCITY	54
lojaimiess	18
LOKELMA	57
lomustine	45
LONSURF	46
loperamide hydrochloride	14
lopinavir/ritonavir	54
lorazepam	36
lorazepam intensol	36
LORBRENA	49
losartan potassium	5
losartan potassium/hydrochlorothiazide	4
LOTEMAX SM	29
loteprednol etabonate/tobramycin	28
lovastatin	6
low-ogestrel	19
loxapine	52
lubiprostone	14
luizza 1.5/30	19
luizza 1/20	19
LUMAKRAS	49
LUMIGAN	29
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	21
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	21
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	21
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	21
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	21
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	22
lurasidone hydrochloride	53
LYBALVI	53
lyleq	20
lyllana	19
LYNPARZA	49
LYSODREN	46
LYTGOBI	49
LYUMJEV	61
LYUMJEV KWIKPEN	61
lyza	20
macitentan	31

Nombre del medicamento	Página
magnesium sulfate	58
malathion	14
maraviroc	54
marlissa	19
MARPLAN	42
MATULANE	45
MAVYRET	55
MAYZENT	9
MAYZENT STARTER PACK	9
meclizine hcl	44
meclizine hydrochloride	44
medroxyprogesterone acetate	20
mefloquine hydrochloride	51
megestrol acetate	20
MEKINIST	49
MEKTOVI	49
meleya	20
meloxicam	35
memantine hydrochloride	1
memantine/donepezil hydrochloride er	1
menquadfi	26
MENVEO	26
mercaptopurine	46
meropenem	38
mesalamine	7
mesalamine er	7
mesna	47
metformin hydrochloride	60
metformin hydrochloride er	60
methadone hcl	34
methadone hydrochloride	34
methimazole	21
methocarbamol	62
methotrexate	25
methotrexate sodium	25
methsuximide	39
methyldopa	5
methylphenidate hydrochloride	10
methylprednisolone	20
methylprednisolone dose pack	20
metoclopramide hcl	15
metoclopramide hydrochloride	15
metolazone	7
metoprolol succinate er	3
metoprolol tartrate	3
metronidazole	12
metronidazole	36
metronidazole vaginal	36
metyrosine	4
mexiletine hydrochloride	5
micafungin	45
microgestin 1.5/30	19
microgestin 1/20	19
microgestin fe 1.5/30	19
microgestin fe 1/20	19
midodrine hydrochloride	5
MIEBO	28
mifepristone	22
miglustat	62
mili	19
milnacipran hydrochloride	9
mimvey	19
minocycline hcl	39
minocycline hydrochloride	39
minoxidil	7
mirtazapine	42
mirtazapine odt	42
misoprostol	16
M-M-R II	26
modafinil	11
MODEYSO	46
moexipril hydrochloride	7
molindone hydrochloride	52
mometasone furoate	13
mometasone furoate	32
montelukast sodium	32
morphine sulfate	35
morphine sulfate er	34
MOUNJARO	60
MOVANTIK	14
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	39
moxifloxacin hydrochloride	28
moxifloxacin hydrochloride	39
MRESVIA	26
mupirocin	14
mycophenolate mofetil	25
mycophenolic acid dr	25
MYRBETRIQ	16
nabumetone	35
nadolol	3
nafcillin sodium	38
naloxone hydrochloride	29
naltrexone hydrochloride	30

Nombre del medicamento	Página
naproxen	35
naproxen dr	35
NATACYN	28
nateglinide	60
NAYZILAM	41
nebivolol hydrochloride	3
necon 0.5/35-28	19
nefazodone hydrochloride	43
neomycin sulfate	36
neomycin/polymyxin/bacitracin	28
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	28
neomycin/polymyxin/dexamethasone	28
neomycin/polymyxin/gramicidin	28
neomycin/polymyxin/hc	34
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	34
NERLYNX	49
NEULASTA	59
nevirapine	56
nevirapine er	56
NEXLETOL	6
NEXLIZET	6
NEXPLANON	20
niacin er	6
NICOTROL NS	29
nifedipine er	3
nilotinib d-tartrate	49
nilotinib hydrochloride	49
nilutamide	46
nimodipine	3
NINLARO	49
nintedanib esylate	31
nitazoxanide	51
nitisinone	62
nitrofurantoin macrocrystals	36
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	36
nitroglycerin	7
NITROGLYCERIN	15
nitroglycerin transdermal	7
nizatidine	15
nora-be	20
norelgestromin/ethinyl estradiol	19
norethindrone	20
norethindrone acetate	20
norethindrone acetate/ethinyl estradiol	19
norgestimate/ethinyl estradiol	19
nortrel 0.5/35 (28)	19
nortrel 1/35	19
nortrel 7/7/7	19
nortriptyline hcl	42
nortriptyline hydrochloride	42
NOVOLIN 70/30	61
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	61
NOVOLIN N	62
NOVOLIN N FLEXPEN	62
NOVOLIN R	62
NOVOLIN R FLEXPEN	62
NOVOLOG	62
NOVOLOG FLEXPEN	62
NOVOLOG MIX 70/30	62
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	62
NOVOLOG PENFILL	62
NUBEQA	46
NUCALA	30
NUPLAZID	53
NUTRILIPID	34
nyamyc	45
nylia 1/35	19
nylia 7/7/7	19
nystatin	45
nystatin/triamcinolone acetonide	12
nystop	45
octreotide acetate	22
ODACTRA	22
ODEFSEY	56
ODOMZO	49
ofloxacin	28
ofloxacin	34
OGSIVEO	46
OJEMDA	47
OJJAARA	49
olanzapine	53
olanzapine odt	53
olmesartan medoxomil	5
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	4
omega-3-acid ethyl esters	6
omeprazole	16
omeprazole dr	16
ondansetron hcl	44
ondansetron hydrochloride	44
ondansetron odt	44
ONUREG	47

Nombre del medicamento	Página
OPIPZA	53
OPVEE	29
ORENCIA	22
ORENCIA CLICKJECT	22
ORENITRAM	31
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	31
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	31
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	31
ORGOVYX	22
ORKAMBI	31
orphenadrine citrate er	62
ORQUIDEA	20
ORSERDU	46
oseltamivir phosphate	55
OSENVELT	8
OSPHENA	17
OTEZLA	12
OTEZLA	22
oxaprozin	35
oxcarbazepine	40
oxybutynin chloride	16
oxybutynin chloride er	16
oxycodone hydrochloride	35
oxycodone/acetaminophen	35
OZEMPIC	60
PACERONE	5
paliperidone er	53
PANRETIN	51
pantoprazole sodium	16
paricalcitol	8
paroxetine hcl	43
paroxetine hydrochloride	43
PAXLOVID	57
pazopanib hydrochloride	49
PEDIARIX	26
PEDVAXHIB	26
peg-3350/electrolytes	15
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	15
PEGASYS	24
PEGASYS	25
PEMAZYRE	49
PENBRAYA	26
penicillamine	57
penicillin g sodium	38
penicillin v potassium	38
PENMENVY	26
PENTACEL	26

Nombre del medicamento	Página
pentamidine isethionate	51
pentoxifylline er	4
perampanel	41
perindopril erbumine	7
PERIOGARD	11
permethrin	14
perphenazine	52
phenelzine sulfate	42
phenobarbital	40
phenytek	40
phenytoin	40
phenytoin sodium extended	40
PIFELTRO	56
pilocarpine hydrochloride	11
pilocarpine hydrochloride	27
pimecrolimus	13
pimozide	52
pimtrea	19
pindolol	3
pioglitazone hcl	60
pioglitazone hcl/metformin hcl	60
pioglitazone hydrochloride	60
piperacillin sodium/tazobactam sodium	38
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	49
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	50
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	50
pirfenidone	31
piroxicam	35
pitavastatin calcium	6
PLENAMINE	58
podofilox	12
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	28
pomalidomide	45
portia-28	19
posaconazole	45
posaconazole dr	45
potassium chloride	58
potassium chloride er	58
potassium citrate er	58
PRALUENT	6
pramipexole dihydrochloride	2
prasugrel hydrochloride	58
pravastatin sodium	6
praziquantel	51
prazosin hydrochloride	3
prednisolone	21
prednisolone acetate	29

Nombre del medicamento	Página
prednisolone sodium phosphate	21
prednisone	21
pregabalin	40
PREMARIN	19
PREMPHASE	19
PREMPRO	19
prenatal	58
prevalite	6
PREVYMIS	54
PREZCOBIX	54
PREZISTA	54
primaquine phosphate	51
primidone	40
PRIORIX	26
PRIVIGEN	24
PROAIR RESPICLICK	33
probenecid	7
probenecid/colchicine	7
prochlorperazine	44
prochlorperazine maleate	44
PROCRIT	59
procto-med hc	8
proctosol hc	8
proctozone-hc	8
progesterone	20
PROGRAF	25
PROLASTIN-C	62
promethazine hcl	44
promethazine hydrochloride	44
promethegan	44
propafenone hydrochloride	5
propranolol hcl	3
propranolol hydrochloride	3
propranolol hydrochloride er	3
propylthiouracil	21
PROQUAD	26
protriptyline hcl	42
prucalopride	14
PULMOZYME	31
pyrazinamide	44
pyridostigmine bromide	2
pyrimethamine	51
PYRUKYND	62
PYRUKYND TAPER PACK	62
QINLOCK	50
QUADRACEL	27
quetiapine fumarate	53
quetiapine fumarate er	53
quinapril hydrochloride	7
quinapril/hydrochlorothiazide	4
quinidine sulfate	5
quinine sulfate	51
QULIPTA	2
QVAR REDIHALER	32
RABAVERT	27
rabeprazole sodium	16
RALDESY	43
raloxifene hydrochloride	17
ramipril	7
ranolazine er	4
rasagiline mesylate	2
RAYALDEE	8
REBIF	9
REBIF REBIDOSE	9
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	9
REBIF TITRATION PACK	9
RECOMBIVAX HB	27
RELISTOR	15
repaglinide	60
REPATHA	6
REPATHA SURECLICK	6
RESTASIS	28
RESTASIS MULTIDOSE	28
RETACRIT	59
RETEVMO	50
REVCOVI	63
REVUFORJ	47
REXULTI	53
REYATAZ	54
REZDIFFRA	21
REZLIDHIA	50
REZUROCK	26
RHOPRESSA	27
ribavirin	55
rifabutin	44
rifampin	44
rifapentine	44
rilpivirine hydrochloride	56
riluzole	10
RINVOQ	23
RINVOQ LQ	23
risedronate sodium	8
risperidone	54
risperidone er	53

Nombre del medicamento	Página
risperidone odt	53
ritonavir	54
rivaroxaban	59
rivastigmine tartrate	1
rivastigmine transdermal system	1
rivelsa	19
RIVFLOZA	34
rizatriptan benzoate	1
rizatriptan benzoate odt	1
ROCKLATAN	28
roflumilast	33
ROMVIMZA	50
ropinirole hcl	2
ropinirole hydrochloride	2
rosuvastatin calcium	6
rosyrah	19
ROTARIX	27
ROTATEQ	27
roweepra	41
ROZLYTREK	50
RUBRACA	50
rufinamide	40
RUKOBIA	54
RYDAPT	50
RYTARY	2
sacubitril/valsartan	4
SANTYL	12
sapropterin dihydrochloride	63
SAVELLA	9
SAVELLA TITRATION PACK	9
SCEMBLIX	50
scopolamine	44
SECUADO	54
selegiline hcl	2
selenium sulfide	13
SEREVENT DISKUS	33
sertraline hcl	43
sertraline hydrochloride	43
setlakin	19
sharobel	20
SHINGRIX	27
SIGNIFOR	22
sildenafil	16
sildenafil citrate	16
sildenafil citrate	31
silver sulfadiazine	12
SIMBRINZA	28
simvastatin	6
sirolimus	26
SIRTURO	44
sitagliptin phosphate	60
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride	60
SKYCLARYS	34
SKYRIZI	23
SKYRIZI PEN	23
sodium chloride	58
sodium chloride 0.45%	58
sodium chloride 0.9%	34
sodium oxybate	11
sodium phenylbutyrate	63
sodium polystyrene sulfonate	57
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	15
sofosbuvir/velpatasvir	55
solifenacin succinate	16
SOLIQUA 100/33	60
SOLTAMOX	46
SOMAVERT	22
sorafenib tosylate	50
sotalol hcl	5
sotalol hydrochloride	5
sotalol hydrochloride (af)	5
SPEVIGO	14
SPIRIVA RESPIMAT	33
spironolactone	5
spironolactone/hydrochlorothiazide	4
sprintec 28	19
SPRITAM	41
sps	57
ssd	12
STELARA	23
STEQEYMA	23
STIOLTO RESPIMAT	31
STIVARGA	50
STOBOCLO	8
streptomycin sulfate	36
STRIBILD	55
SUBVENITE	41
subvenite starter kit/blue	41
subvenite starter kit/green	41
subvenite starter kit/orange	41
SUCRAID	63
sucralfate	16

Nombre del medicamento	Página
sulfacetamide sodium	28
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	28
sulfadiazine	39
sulfamethoxazole/trimethoprim	39
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	39
sulfasalazine	8
sulindac	35
sumatriptan	1
sumatriptan succinate	1
sunitinib malate	50
SUNLENCA	54
SUTAB	15
SYMPAZAN	40
SYMTUZA	54
SYNJARDY	61
SYNJARDY XR	60
TABLOID	46
TABRECTA	50
tacrolimus	14
tacrolimus	26
tadalafil	16
tadalafil	32
TAFINLAR	50
TAGRISSO	50
TALZENNA	50
tamoxifen citrate	46
tamsulosin hydrochloride	16
tarina fe 1/20 eq	19
TAVNEOS	23
tazarotene	12
TAZICEF	37
telmisartan	5
telmisartan/hydrochlorothiazide	4
temazepam	11
TENIVAC	27
tenofovir disoproxil fumarate	56
TEPMETKO	50
terazosin hcl	16
terazosin hydrochloride	16
terbinafine hcl	45
terconazole	45
teriparatide	8
testosterone	17
testosterone cypionate	17
testosterone enanthate	17
testosterone pump	17
tetrabenazine	11
tetracycline hydrochloride	39
THALOMID	46
THEOPHYLLINE ER	33
thioridazine hydrochloride	52
thiothixene	52
tiadylt er	3
tiagabine hydrochloride	40
TIBSOVO	50
ticagrelor	58
TICOVAC	27
tigecycline	37
timolol maleate	2
timolol maleate	27
tinidazole	37
tiotropium bromide	33
TIVICAY	55
TIVICAY PD	55
tizanidine hcl	1
tizanidine hydrochloride	1
TOBRADEX ST	28
tobramycin	28
tobramycin	31
tobramycin sulfate	36
tobramycin/dexamethasone	28
tofacitinib citrate	23
tofacitinib citrate er	23
tolvaptan	57
topiramate	41
toremifene citrate	46
torpenz	50
torsemide	6
TOUJEO MAX SOLOSTAR	62
TOUJEO SOLOSTAR	62
TRADJENTA	61
tramadol hydrochloride	35
tramadol hydrochloride/acetaminophen	35
trandolapril	7
tranexamic acid	58
tranylcypromine sulfate	42
trazodone hydrochloride	43
TRELEGY ELLIPTA	31
TRELSTAR MIXJECT	22
TREMFYA	23
TREMFYA INDUCTION PACK FOR CROHNS DISEASE/ULCERATIVE COLITIS	23

Nombre del medicamento	Página
TRESIBA	62
TRESIBA FLEXTOUCH	62
tretinoin	12
tretinoin	51
triamcinolone acetonide	14
triamcinolone acetonide dental paste	11
triamterene	6
triamterene/hydrochlorothiazide	4
triderm	14
trientine hydrochloride	57
tri-estarylla	19
trifluoperazine hcl	52
trifluoperazine hydrochloride	52
trifluridine	28
trihexyphenidyl hydrochloride	2
TRIJARDY XR	61
TRIKAFTA	31
trimethoprim	37
tri-mili	19
trimipramine maleate	42
TRINTELLIX	43
tri-sprintec	19
TRIUMEQ	56
TRIUMEQ PD	56
tri-vylibra	19
TRULICITY	61
TRUMENBA	27
TRUQAP	50
TRYNGOLZA	6
TUKYSA	50
TURALIO	50
turqoz	19
TWINRIX	27
TYENNE	23
TYMLOS	8
TYPHIM VI	27
TYRVAYA	29
UBRELVY	2
UDENYCA	59
unithroid	21
ursodiol	15
USTEKINUMAB	23
UZEDY	54
valacyclovir hydrochloride	55
VALCHLOR	45
valganciclovir	54
valganciclovir hydrochloride	54
valproic acid	41
valsartan	5
valsartan/hydrochlorothiazide	4
VALTOCO 10 MG DOSE	40
VALTOCO 15 MG DOSE	40
VALTOCO 20 MG DOSE	40
VALTOCO 5 MG DOSE	40
valtya 1/35	19
valtya 1/50	19
vancomycin hcl	37
vancomycin hydrochloride	37
VANFLYTA	50
VAQTA	27
varenicline starting month	29
varenicline tartrate	29
varenicline tartrate continuing month	29
VARIVAX	27
VAXCHORA	27
VELPHORO	57
VELTASSA	57
VENCLEXTA	51
VENCLEXTA STARTING PACK	50
venlafaxine hydrochloride	43
venlafaxine hydrochloride er	43
VEOZAH	11
verapamil hcl er	3
verapamil hydrochloride	3
verapamil hydrochloride er	3
verapamil hydrochloride sr	3
VERQUVO	7
VERSACLOZ	52
VERZENIO	51
vienva	20
vigabatrin	40
vigadrone	40
VIGAFYDE	40
vilazodone hydrochloride	43
VIMKUNYA	27
viorele	20
VIRACEPT	54
VIREAD	56
vitamin d	58
VITRAKVI	51
VIVITROL	30
VIVOTIF	27
VONJO	47
VOQUEZNA	15

Nombre del medicamento	Página
VOQUEZNA DUAL PAK	37
VOQUEZNA TRIPLE PAK	37
VORANIGO	47
voriconazole	45
VOSEVI	55
VOWST	15
VRAYLAR	54
VUMERITY	9
vyfemla	20
vylibra	20
VYNDAMAX	5
VYVGART HYTRULO	23
VYZULTA	29
warfarin sodium	59
WELIREG	63
wezlana	23
WINREVAIR	32
wixela inhub	31
WYOST	8
XALKORI	51
XARELTO	59
XARELTO STARTER PACK	59
XATMEP	26
XCOPRI	41
XDEMVY	28
XELJANZ	24
XELJANZ XR	24
XERMELO	14
XIFAXAN	15
XIGDUO XR	61
XIIDRA	28
XOCOVA	57
XOFLUZA	55
XOLAIR	24
XOLREMDI	59
XOSPATA	51
XPOVIO	51
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	51
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	51
XTAMPZA ER	34
XTANDI	46
xulane	20
YARGESA	63
YF-VAX	27
YONSA	46
yulithira	51
YUPELRI	33
yuvafem	20
zafemy	20
zafirlukast	32
zaleplon	11
ZARXIO	60
ZEJULA	51
ZELBORAF	51
zelvysia	63
zenatane	12
ZENBEXUS	47
ZENPEP	63
zidovudine	56
ziprasidone hcl	54
ziprasidone mesylate	54
ZIRGAN	28
ZOKINVY	34
ZOLINZA	47
zolmitriptan	1
zolpidem tartrate	11
zolpidem tartrate er	11
ZONISADE	41
zonisamide	41
zovia 1/35	20
ZTALMY	40
ZURZUVAE	42
ZYKADIA	51
ZYLET	28

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: LƯU 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: تنبيه :إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية .كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا .اتصل على الرقم- 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 serbisyong 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।

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

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 કૉલ 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: ຊຶ:
ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	**1-866-535-8343** 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. 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.
TTY	**711** 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. 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.
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.