Kelsey Care Advantage

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: 16

Este formulario se actualizó el 08/04/2026. 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/COH.

713-442-2COH (2264) (TTY: 711)

KelseyCareAdvantage.com/COH

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. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a KelseyCare Advantage Preferred (HMO).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada a partir de 08/04/2026. 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/COH.

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

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

  Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si estamos agregando ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un

biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

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

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente está en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambos, después de agregar un medicamento correspondiente. Es posible que eliminemos un medicamento de marca del formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o que eliminemos un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel diferente de costos compartidos, o ambos. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia

escalonada en un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro de 3 días del medicamento y un aviso del cambio.

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

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

El formulario adjunto está actualizado a partir de 08/04/2026. 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 59. 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 pagina 59.

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
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

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 Ciudad de Houston Preferida (HMO)

Costos compartido preferidos

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	$10.00	$30.00
2	$15.00	$45.00
3	$30.00	$90.00
4	$45.00	$135.00
5	$75.00	N/A±
6	$0.00	$0.00 [100 días]

Costos compartidos estándar

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	$15.00	$45.00
2	$20.00	$60.00
3	$35.00	$105.00
4	$50.00	$150.00
5	$80.00	N/A±
6	$0.00	$0.00 [100 días]

±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. 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.

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		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
prazosin hydrochloride caps 1mg, 2mg, 5mg	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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		
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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, 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	
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
methyldopa tabs 250mg, 500mg	4	
midodrine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
candesartan cilexetil tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	6	
irbesartan tabs 150mg, 300mg, 75mg	6	
losartan potassium tabs 100mg, 25mg, 50mg	6	
olmesartan medoxomil tabs 20mg, 40mg, 5mg	6	
telmisartan tabs 20mg, 40mg, 80mg	6	
valsartan tabs 160mg, 320mg, 40mg, 80mg	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
eplerenone tabs 25mg, 50mg	2	
KERENDIA TABS 10MG, 20MG, 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	
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	

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
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 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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	

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
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
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

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
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		
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)
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
NUEDEXTA CAPS 20MG; 10MG	5	PA
riluzole tabs 50mg	4	
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		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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 e 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	

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
mometasone furoate oint 0.1%	2	
mometasone furoate soln 0.1%	2	
pimecrolimus crea 1%	4	
selenium sulfide lotn 2.5%	2	
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)

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
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		
dicyclomine hydrochloride caps 10mg	2	
dicyclomine hydrochloride tabs 20mg	2	
glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg	3	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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)		
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 1%, 1.62%	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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	

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
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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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 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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROGRAF PACK 0.2MG, 1MG	4	B/D
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	
QUADRACEL INJ 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
CYSTARAN SOLN 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
dorzolamide hcl/timolol maleate soln 20mg/ml; 5mg/ml	2	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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	

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
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	
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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)

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
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 nasal soln 0.03%, 0.06%	2	
ipratropium bromide inhalation soln 0.02%	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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	

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
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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
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	

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
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	
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	

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
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	
amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg	2	
amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg	4	
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 hcl tabs 750mg	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg	1	
ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%	3	
levofloxacin in d5w inj 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml	4	
levofloxacin oral soln 25mg/ml	4	
levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg	2	
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj 400mg/250ml; 0.8%	4	
moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg	3	
Sulfonamidas		
sulfadiazine tabs 500mg	5	
sulfamethoxazole/trimethoprim ds tabs 800mg; 160mg	2	
sulfamethoxazole/trimethoprim susp 200mg/5ml; 40mg/5ml	3	
sulfamethoxazole/trimethoprim tabs 400mg; 80mg	2	
Tetraciclinas		
demeclocycline hcl tabs 150mg, 300mg	4	
doxy 100 inj 100mg	4	
doxycycline 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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
gabapentin caps 400mg	2	QL(270 EA por 30 días)
gabapentin caps 100mg, 300mg	2	QL(360 EA por 30 días)
gabapentin soln 250mg/5ml	4	QL(2160 ML por 30 días)
gabapentin tabs 800mg	2	QL(150 EA por 30 días)
gabapentin tabs 600mg	2	QL(180 EA por 30 días)
phenobarbital elix 20mg/5ml	4	
phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg	4	
pregabalin caps 300mg	2	QL(60 EA por 30 días)
pregabalin caps 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	QL(90 EA por 30 días)
pregabalin soln 20mg/ml	4	QL(900 ML por 30 días)
primidone tabs 125mg, 250mg, 50mg	2	
SYMPAZAN FILM 10MG, 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 20MG	5	
tiagabine hydrochloride tabs 12mg, 16mg, 2mg, 4mg	4	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5MG/0.1ML	5	QL(10 EA por 30 días)
vigabatrin pack 500mg	5	PA
vigabatrin tabs 500mg	5	PA
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	
rufinamide tabs 200mg	4	
rufinamide tabs 400mg	5	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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		
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)

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
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		
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 20mg, 60mg	2	QL(60 EA por 30 días)
duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg	2	QL(90 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
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
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
PRIFTIN TABS 150MG	4	
pyrazinamide tabs 500mg	4	
rifampin caps 150mg, 300mg	3	
rifampin inj 600mg	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	
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)

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
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
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
OJEMDA SUSR 25MG/ML	5	PA
OJEMDA TABS 100MG	5	PA
ONUREG TABS 200MG, 300MG	5	PA
REVUFORJ TABS 110MG, 160MG, 25MG	5	PA
VONJO CAPS 100MG	5	PA
ZOLINZA CAPS 100MG	5	PA
Complementos del tratamiento		
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

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
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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
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

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
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
pyrimethamine tabs 25mg	5	PA
quinine sulfate caps 324mg	4	PA
Antipsicóticos		
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)

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)
PERSERIS INJ 120MG, 90MG	5	
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)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SECUADO PT24 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST
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)
SELZENTRY SOLN 20MG/ML	5	
SUNLENCA TABS 300MG	5	QL(24 EA por 168 días)
SUNLENCA TBPK 300MG X 5 TABLETS	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TBPK 300MG X 4 TABLETS	5	QL(8 EA por 365 días)
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	
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

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
PAXLOVID TBPK (150MG-100MG)	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK (300MG-100MG)	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
KIONEX SUSP 15GM/60ML	3	
LOKELMA PACK 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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		
prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg	2	
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)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5MG	3	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS TABS 2.5MG	3	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABS 5MG	3	QL(90 EA por 30 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)

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
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
ZARXIO INJ 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
acarbose tabs 100mg, 25mg, 50mg	2	
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
SOLIQUA 100/33 INJ 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABS 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TB24 10MG; 5MG; 1000MG, 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	3	
TRULICITY INJ 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
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 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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	52
abacavir sulfate/lamivudine	52
abigale	16
abigale lo	16
ABILIFY MAINTENA	48
abiraterone acetate	42
abirtega	42
ABRYSVO	24
acamprosate calcium dr	27
acarbose	55
acebutolol hydrochloride	3
acetaminophen/codeine	32
acetazolamide	25
acetazolamide er	25
acetic acid	31
acitretin	11
ACTHIB	24
ACTIMMUNE	22
acyclovir	13
acyclovir	51
acyclovir sodium	51
ADACEL	24
adalimumab-aaty 1-pen kit	22
adalimumab-aaty 2-pen kit	22
adalimumab-aaty 2-syringe	22
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS STARTER	22
ADALIMUMAB-ADBM	22
adapalene/benzoyl peroxide	11
ADBRY	11
adefovir dipivoxil	52
ADEMPAS	29
ADVAIR HFA	27
AIMOVIG	1
AIRSUPRA	27
AKEEGA	43
ala-cort	11
albendazole	47
albuterol sulfate	30
albuterol sulfate hfa	30
alclometasone dipropionate	11
ALCOHOL PREP PADS	31
ALECENSA	43
alendronate sodium	7
alfuzosin hcl er	15
aliskiren	3
allopurinol	7
alosetron hydrochloride	13
alprazolam	33
altavera	16
ALUNBRIG	43
alyacen 1/35	16
alyq	29
amantadine hcl	2
ambrisentan	29
amikacin sulfate	33
amiloride hcl	6
amiloride/hydrochlorothiazide	3
amiodarone hydrochloride	5
amitriptyline hydrochloride	39
amlodipine besylate	3
amlodipine besylate/benazepril hydrochloride	3
amlodipine besylate/valsartan	4
ammonium lactate	12
amnesteem	11
amoxapine	39
amoxicillin	35
amoxicillin/clavulanate potassium	35
amoxicillin/clavulanate potassium er	35
amphetamine/dextroamphetamine	9
amphotericin b	41
amphotericin b liposome	41
ampicillin	35
ampicillin sodium	35
ampicillin/sulbactam	35
ampicillin-sulbactam	35
anagrelide hydrochloride	55
anastrozole	43
ANORO ELLIPTA	27
aprepitant	40
APTIVUS	50
AREXVY	24
arformoterol tartrate	30
ARIKAYCE	33
aripiprazole	48
aripiprazole odt	48
ARISTADA	48
ARISTADA INITIO	48
ARMODAFINIL	10
ARNUITY ELLIPTA	29
asenapine maleate sl	48
ashlyna	16
ASMANEX HFA	29

Nombre del medicamento	Página
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	30
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	30
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	30
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER	54
atazanavir	50
atazanavir sulfate	50
atenolol	3
atenolol/chlorthalidone	4
atomoxetine	9
atorvastatin calcium	5
atovaquone	47
atovaquone/proguanil hcl	47
atovaquone/proguanil hydrochloride	47
atropine sulfate	25
ATROVENT HFA	30
aubra eq	16
AUGMENTIN	35
AUGTYRO	44
AUSTEDO	9
AUSTEDO XR	9
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	9
AUVELITY	38
aviane	16
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	43
AVONEX	8
AVONEX PEN	8
AVTOZMA	20
AYVAKIT	44
azathioprine	23
azelaic acid	11
azelastine hcl	25
azelastine hydrochloride	29
azithromycin	35
aztreonam	33
azurette	16
bacitracin/polymyxin b	25
baclofen	1
balsalazide disodium	7
BALVERSA	44
balziva	16
BAQSIMI ONE PACK	56
BARACLUDE	52
bcg vaccine	24
BELSOMRA	10
benazepril hydrochloride	6
benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide	4
BENLYSTA	20
benznidazole	47
benztropine mesylate	2
BESIVANCE	26
BESREMI	22
betaine anhydrous	57
betamethasone dipropionate	12
betamethasone dipropionate augmented	12
betamethasone valerate	12
BETASERON	8
betaxolol hcl	3
betaxolol hcl	25
bethanechol chloride	15
bexarotene	47
BEXSERO	24
bicalutamide	42
BICILLIN L-A	35
BIKTARVY	51
bisoprolol fumarate	3
bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide	4
BIVIGAM	22
blisovi fe 1.5/30	16
BOOSTRIX	24
BOSULIF	44
bosutinib	44
BRAFTOVI	44
BREO ELLIPTA	27
breyna	28
BREZTRI AEROSPHERE	28
briellyn	16
BRIMONIDINE TARTRATE	25
brivaracetam	38
BRIVIACT	38
bromfenac sodium	26
bromocriptine mesylate	2
BRUKINSA	44
budesonide	7
budesonide	30
budesonide er	7
budesonide/formoterol fumarate dihydrate	28
bumetanide	6
buprenorphine	31
buprenorphine hcl	27
buprenorphine hcl/naloxone hcl	27
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride	27
bupropion hydrochloride	39

Nombre del medicamento	Página
bupropion hydrochloride er (sr)	27
bupropion hydrochloride er (sr)	38
bupropion hydrochloride er (xl)	38
buspirone hcl	33
buspirone hydrochloride	33
butalbital/acetaminophen/caffeine	9
cabergoline	20
CABLIVI	54
CABOMETYX	44
calcipotriene	11
calcitonin-salmon	7
calcitriol	7
calcium acetate	53
CALQUENCE	44
camila	18
camrese lo	16
candesartan cilexetil	5
candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide	4
CAPLYTA	49
CAPRELSA	44
captopril	6
carbamazepine	37
carbamazepine er	37
carbidopa	2
carbidopa/levodopa	2
carbidopa/levodopa er	2
carbidopa/levodopa odt	2
carglumic acid	53
carteolol hcl	25
cartia xt	3
carvedilol	3
CASPOFUNGIN ACETATE	41
CAYSTON	28
cefaclor	34
cefadroxil	34
cefazolin sodium	34
cefdinir	34
cefepime	34
cefixime	34
cefotetan	34
cefoxitin sodium	34
cefpodoxime proxetil	34
cefprozil	34
ceftaroline fosamil	34
ceftazidime	34
ceftriaxone sodium	34
cefuroxime axetil	34
cefuroxime sodium	34
celecoxib	32
cephalexin	34
CERDELGA	57
cetirizine hydrochloride	29
CHEMET	53
chlorhexidine gluconate	10
chloroquine phosphate	47
chlorpromazine hydrochloride	48
chlorthalidone	6
CHOLBAM	57
cholestyramine	5
cholestyramine light	5
ciclopirox	13
ciclopirox nail lacquer	13
ciclopirox olamine	13
cilostazol	54
CIMDUO	52
cinacalcet hydrochloride	7
CINRYZE	22
ciprofloxacin hcl	35
ciprofloxacin hydrochloride	26
ciprofloxacin hydrochloride	36
ciprofloxacin i.v.-in d5w	36
citalopram hydrobromide	39
claravis	11
clarithromycin	35
clarithromycin er	35
CLENPIQ	14
CLIMARA PRO	16
clindacin etz pledgets	33
clindamycin hcl	33
clindamycin hydrochloride	33
clindamycin palmitate hydrochloride	33
clindamycin phosphate	13
clindamycin phosphate	33
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	11
clobazam	36
clobetasol propionate	12
clobetasol propionate e	12
clomipramine hydrochloride	39
clonazepam	36
clonazepam odt	36
clonidine	4
clonidine hydrochloride	4
clopidogrel	54
clorazepate dipotassium	33
clotrimazole	41
clotrimazole/betamethasone dipropionate	11
clozapine	48
clozapine odt	48

Nombre del medicamento	Página
COARTEM	47
COBENFY	9
COBENFY STARTER PACK	9
colchicine	7
colestipol hydrochloride	6
colistimethate sodium	34
COMBIGAN	25
COMBIVENT RESPIMAT	28
COMETRIQ	44
compro	40
conjugated estrogens	16
constulose	13
COPIKTRA	44
COSENTYX	20
COSENTYX SENSOREADY PEN	20
COSENTYX UNOREADY	20
COTELLIC	44
CREON	57
CRESEMBA	41
cromolyn sodium	25
cromolyn sodium	31
cromolyn sodium	57
cryselle	16
CTEXLI	14
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	31
cyclobenzaprine hydrochloride	57
cyclophosphamide	42
cycloserine	41
cyclosporine	23
cyclosporine	25
cyclosporine modified	23
cyproheptadine hydrochloride	29
CYSTAGON	57
CYSTARAN	25
dabigatran etexilate	54
dalfampridine er	8
danazol	16
dantrolene sodium	1
DANZITEN	44
dapagliflozin	7
dapsone	41
DAPTACEL	24
daptomycin	34
darunavir	50
dasatinib	44
DAURISMO	44
deblitane	18
deferasirox	53
DELSTRIGO	51
demeclocycline hcl	36
DEPO-SUBQ PROVERA 104	18
DESCOVY	52
desipramine hydrochloride	39
desmopressin acetate	15
desonide	12
desoximetasone	12
desvenlafaxine er	39
dexamethasone	19
dexamethasone sodium phosphate	26
dexmethylphenidate hcl	9
dexmethylphenidate hydrochloride	9
dextroamphetamine sulfate	9
dextrose 5%	53
dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	53
dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	53
DIACOMIT	36
diazepam	33
diazepam	36
diazepam intensol	33
diazoxide	56
diclofenac sodium	11
diclofenac sodium	26
diclofenac sodium	32
diclofenac sodium dr	32
dicloxacillin sodium	35
dicyclomine hydrochloride	14
digoxin	5
dihydroergotamine mesylate	1
DILANTIN	37
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	13
disulfiram	27
divalproex sodium dr	36
divalproex sodium er	36
dofetilide	5
dolishale	16
donepezil hcl	1
donepezil hydrochloride	1
DOPTELET	54
dorzolamide hcl/timolol maleate	25
dorzolamide hydrochloride	25

Nombre del medicamento	Página
DOTTI	16
DOVATO	51
doxazosin mesylate	15
doxepin hcl	39
doxepin hydrochloride	10
doxepin hydrochloride	39
doxy 100	36
doxycycline	36
doxycycline hyclate	10
doxycycline hyclate	36
doxycycline monohydrate	36
DRIZALMA SPRINKLE	39
dronabinol	40
DROXIA	43
droxidopa	4
DULERA	28
duloxetine hydrochloride dr	39
DUPIXENT	21
dutasteride	15
EBGLYSS	12
EBGLYSS	21
econazole nitrate	41
EDURANT PED	51
efavirenz	51
efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	51
efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate	51
ELIQUIS	54
ELIQUIS STARTER PACK	54
ELMIRON	15
eltrombopag olamine	55
eluryng	16
EMGALITY	2
EMPAVELI	21
EMSAM	39
emtricitabine	52
emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate	51
emtricitabine/tenofovir disoproxil	52
emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	52
EMTRIVA	52
enalapril maleate	6
enalapril maleate/hydrochlorothiazide	4
ENBREL	23
ENBREL MINI	23
ENBREL SURECLICK	23
ENGERIX-B	24
enilloring	16
enoxaparin sodium	54
ENSACOVE	44
entacapone	2
entecavir	52
ENTRESTO	4
enulose	13
ENVARSUS XR	23
EPIDIOLEX	38
epinephrine	30
eplerenone	5
ergotamine tartrate/caffeine	1
ERIVEDGE	44
ERLEADA	42
erlotinib hydrochloride	44
errin	18
ertapenem sodium	35
ery	13
erythromycin	13
erythromycin	26
erythromycin dr	35
erythromycin/benzoyl peroxide	11
escitalopram oxalate	40
eslicarbazepine acetate	37
esomeprazole magnesium	15
estarylla	16
estradiol	16
estradiol/norethindrone acetate	16
ESTRING	17
ESZOPICLONE	10
ethambutol hydrochloride	41
ethosuximide	36
etonogestrel/ethinyl estradiol	17
etravirine	51
EUCRISA	12
EULEXIN	42
everolimus	23
everolimus	44
EVOTAZ	50
EVRYSDI	57
exemestane	43
EXXUA	39
EXXUA TITRATION PACK	39
ezetimibe	6
ezetimibe/simvastatin	6
falmina	17
famciclovir	51
famotidine	14
FANAPT	49
FANAPT TITRATION PACK A	49

Nombre del medicamento	Página
FANAPT TITRATION PACK B	49
FANAPT TITRATION PACK C	49
FASENRA	28
FASENRA PEN	28
feirza 1.5/30	17
feirza 1/20	17
felbamate	38
felodipine er	3
fenofibrate	5
fenofibrate micronized	5
fenofibric acid dr	5
fentanyl	31
fesoterodine fumarate er	15
FETZIMA	40
FETZIMA TITRATION PACK	40
FIASP	56
FIASP FLEXTOUCH	56
FIASP PENFILL	56
fidaxomicin	35
FINACEA	11
finasteride	15
fingolimod hydrochloride	8
FINTEPLA	38
FIRMAGON	20
FLAREX	26
flecainide acetate	5
fluconazole	41
fluconazole in sodium chloride	41
flucytosine	41
fludrocortisone acetate	19
fluocinolone acetonide	12
fluocinonide	12
fluorouracil	11
fluoxetine hydrochloride	40
fluphenazine decanoate	48
fluphenazine hcl	48
fluphenazine hydrochloride	48
flurbiprofen	32
flurbiprofen sodium	26
fluticasone propionate	12
fluticasone propionate	30
fluticasone propionate/salmeterol	28
fluticasone propionate/salmeterol diskus	28
fluvastatin	5
fluvastatin sodium er	5
fluvoxamine maleate	40
fondaparinux sodium	54
FORTEO	8
fosamprenavir calcium	50
fosfomycin tromethamine	34
fosinopril sodium	6
fosinopril sodium/hydrochlorothiazide	4
FOTIVDA	44
FRAGMIN	54
FRUZAQLA	44
furosemide	6
fyavolv	17
gabapentin	37
galantamine hydrobromide	1
galantamine hydrobromide er	1
gallifrey	18
GARDASIL 9	24
gatifloxacin	26
gavilyte-c	14
gavilyte-g	14
GAVRETO	44
gefitinib	44
gemfibrozil	5
GEMTESA	15
generlac	13
gengraf	23
GENOTROPIN	15
GENOTROPIN MINIQUICK	15
gentamicin sulfate	26
gentamicin sulfate	33
GENVOYA	51
GILOTRIF	44
glatiramer acetate	8
glimepiride	55
glipizide	55
glipizide er	55
glipizide/metformin hydrochloride	55
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	56
glyburide	55
glyburide/metformin hydrochloride	55
glycopyrrolate	14
GLYXAMBI	55
GOMEKLI	44
griseofulvin microsize	41
griseofulvin ultramicrosize	41
guanfacine hydrochloride er	9
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	56
GVOKE KIT	56
GVOKE PFS	56
hailey fe 1/20	17
halobetasol propionate	12
haloperidol	48

Nombre del medicamento	Página
haloperidol decanoate	48
haloperidol lactate	48
HAVRIX	24
heather	18
heparin sodium	54
HEPLISAV-B	24
HERNEXEOS	44
HIBERIX	24
HUMALOG	56
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	56
HUMALOG KWIKPEN	56
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	56
HUMALOG MIX 75/25	56
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	56
HUMATIN	33
HUMIRA	23
HUMIRA PEN	23
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	23
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	23
HUMULIN 70/30	56
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	56
HUMULIN N	56
HUMULIN N KWIKPEN	56
HUMULIN R	57
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	56
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	57
hydralazine hydrochloride	7
hydrochlorothiazide	6
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	32
hydrocodone/acetaminophen	32
hydrocortisone	7
hydrocortisone	12
hydrocortisone	19
hydrocortisone valerate	12
hydromorphone hcl	32
hydromorphone hydrochloride	32
hydroxychloroquine sulfate	47
hydroxyurea	43
hydroxyzine hcl	29
hydroxyzine hydrochloride	29
hydroxyzine pamoate	29
HYRNUO	44
ibandronate sodium	8
IBRANCE	43
IBRANCE	44
IBTROZI	44
ibu	32
ibuprofen	32
icatibant acetate	22

Nombre del medicamento	Página
iclevia	17
ICLUSIG	44
icosapent ethyl	6
IDHIFA	45
IDVYNSO	51
imatinib mesylate	45
IMBRUVICA	45
imipenem/cilastatin	35
imipramine hcl	39
imipramine hydrochloride	39
imiquimod	11
IMKELDI	45
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	24
INBRIJA	2
incassia	18
INCRELEX	15
INCRUSE ELLIPTA	30
indapamide	6
indomethacin	32
indomethacin er	32
INFANRIX	24
INGREZZA	10
INLURIYO	42
INLYTA	45
INQOVI	45
INREBIC	43
insulin lispro	57
INSULIN SYRINGES, NEEDLES	31
INTELENCE	52
introvale	17
INVEGA HAFYERA	49
INVEGA SUSTENNA	49
INVEGA TRINZA	49
IPOL INACTIVATED IPV	24
ipratropium bromide	30
ipratropium bromide/albuterol sulfate	28
irbesartan	5
irbesartan/hydrochlorothiazide	4
ISENTRESS	51
ISENTRESS HD	51
isoniazid	41
isosorbide dinitrate	7
isosorbide mononitrate	7
isosorbide mononitrate er	7
isotretinoin	11
ISTURISA	15
ITOVEBI	43
itraconazole	41
ivabradine hydrochloride	4

Nombre del medicamento	Página
ivermectin	47
IWILFIN	43
IXIARO	24
jaimiess	17
JAKAFI	45
JAKAFI XR	45
jantoven	54
JANUMET	55
JANUMET XR	55
JANUVIA	55
JARDIANCE	7
JAYPIRCA	45
JENTADUETO	55
JENTADUETO XR	55
jinteli	17
JUBBONTI	8
JUBLIA	41
JULUCA	51
junel 1.5/30	17
junel 1/20	17
junel fe 1.5/30	17
junel fe 1/20	17
JYLAMVO	23
JYNNEOS	24
KALYDECO	29
kariva	17
kelnor 1/35	17
KERENDIA	5
KESIMPTA	8
ketoconazole	41
ketorolac tromethamine	26
ketorolac tromethamine	32
KINERET	21
KINRIX	24
KIONEX	53
KISQALI	45
klor-con 10	53
klor-con 8	53
klor-con m10	53
klor-con m15	53
klor-con m20	53
KLOXXADO	27
KOMZIFTI	43
KOSELUGO	45
kourzeq	10
KRAZATI	45
kurvelo	17
KYGEVVI	31
labetalol hydrochloride	3
lacosamide	37
lactulose	13
LAGEVRIO	52
lamivudine	52
lamivudine	52
lamivudine/zidovudine	52
lamotrigine	38
lamotrigine starter kit/blue	38
lamotrigine starter kit/green	38
lamotrigine starter kit/orange	38
lansoprazole	15
LANTUS	57
LANTUS SOLOSTAR	57
lapatinib ditosylate	45
larin 1.5/30	17
larin 1/20	17
larin fe 1.5/30	17
larin fe 1/20	17
latanoprost	26
LAZCLUZE	43
leflunomide	23
lenalidomide	42
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	45
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	45
lessina	17
letrozole	43
leucovorin calcium	43
LEUKERAN	42
leuprolide acetate	20
levalbuterol hydrochloride	31
levalbuterol tartrate hfa	31
levetiracetam	38
levetiracetam er	38
levobunolol hcl	25
levocetirizine dihydrochloride	29
levofloxacin	26
levofloxacin	36
levofloxacin in d5w	36
levonest	17
levonorgestrel and ethinyl estradiol	17
levonorgestrel/ethinyl estradiol	17
levothyroxine sodium	19
levoxyl	19

Nombre del medicamento	Página
l-glutamine	57
lidocaine	33
lidocaine viscous	10
lidocaine/prilocaine	33
LIFYORLI	45
LILETTA	18
linezolid	34
LINZESS	13
liomny	19
liothyronine sodium	19
lisinopril	6
lisinopril/hydrochlorothiazide	4
lithium	27
lithium carbonate	27
lithium carbonate er	27
LIVMARLI	14
LIVTENCITY	50
lojaimiess	17
LOKELMA	53
lomustine	42
LONSURF	43
loperamide hydrochloride	13
lopinavir/ritonavir	50
lorazepam	33
lorazepam intensol	33
LORBRENA	45
losartan potassium	5
losartan potassium/hydrochlorothiazide	4
LOTEMAX SM	26
lovastatin	5
low-ogestrel	17
loxapine	48
lubiprostone	13
luizza 1.5/30	17
luizza 1/20	17
LUMAKRAS	45
LUMIGAN	27
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	20
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	20
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	20
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	20
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	20
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	20
lurasidone hydrochloride	49
LYBALVI	49
lyleq	19
lyllana	17
LYNPARZA	45
LYSODREN	43
LYTGOBI	45
LYUMJEV	57
LYUMJEV KWIKPEN	57
lyza	19
macitentan	29
magnesium sulfate	53
malathion	13
maraviroc	50
marlissa	17
MARPLAN	39
MATULANE	42
MAVYRET	51
MAYZENT	8
MAYZENT STARTER PACK	8
meclizine hcl	40
meclizine hydrochloride	40
medroxyprogesterone acetate	19
mefloquine hydrochloride	47
megestrol acetate	19
MEKINIST	45
MEKTOVI	45
meleya	19
meloxicam	32
memantine hydrochloride	1
memantine/donepezil hydrochloride er	1
menquadfi	24
MENVEO	24
mercaptopurine	43
meropenem	35
mesalamine	7
mesalamine er	7
mesna	43
metformin hydrochloride	55
metformin hydrochloride er	55
methadone hcl	31
methadone hydrochloride	32
methimazole	20
methocarbamol	57
methotrexate	23
methotrexate sodium	23
methsuximide	36
methyldopa	5
methylphenidate hydrochloride	9
methylprednisolone	19
methylprednisolone dose pack	19
metoclopramide hcl	14
metoclopramide hydrochloride	14
metolazone	6
metoprolol succinate er	3

Nombre del medicamento	Página
metoprolol tartrate	3
metronidazole	11
metronidazole	34
metronidazole vaginal	34
metyrosine	4
mexiletine hydrochloride	5
micafungin	41
microgestin 1.5/30	17
microgestin 1/20	17
microgestin fe 1.5/30	17
microgestin fe 1/20	17
midodrine hydrochloride	5
MIEBO	25
mifepristone	20
miglustat	57
mili	17
mimvey	17
minocycline hcl	36
minocycline hydrochloride	36
minoxidil	7
mirtazapine	39
mirtazapine odt	39
misoprostol	15
M-M-R II	24
modafinil	10
MODEYSO	43
moexipril hydrochloride	6
molindone hydrochloride	48
mometasone furoate	12
mometasone furoate	30
montelukast sodium	30
morphine sulfate	32
morphine sulfate er	32
MOUNJARO	55
MOVANTIK	13
moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride	36
moxifloxacin hydrochloride	26
moxifloxacin hydrochloride	36
MRESVIA	24
mupirocin	13
mycophenolate mofetil	23
mycophenolic acid dr	23
MYRBETRIQ	15
nabumetone	32
nadolol	3
nafcillin sodium	35
naloxone hydrochloride	27
naltrexone hydrochloride	27
naproxen	32
naproxen dr	32
NATACYN	26
nateglinide	55
NAYZILAM	38
nebivolol hydrochloride	3
necon 0.5/35-28	17
nefazodone hydrochloride	40
neomycin sulfate	33
neomycin/polymyxin/bacitracin	26
neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	25
neomycin/polymyxin/dexamethasone	26
neomycin/polymyxin/gramicidin	26
neomycin/polymyxin/hc	31
neomycin/polymyxin/hydrocortisone	31
NERLYNX	45
NEULASTA	55
nevirapine	52
nevirapine er	52
NEXLETOL	6
NEXLIZET	6
NEXPLANON	19
niacin er	6
NICOTROL NS	27
nifedipine er	3
nilotinib d-tartrate	45
nilotinib hydrochloride	46
nilutamide	42
nimodipine	3
NINLARO	46
nintedanib esylate	28
nitazoxanide	47
nitisinone	57
nitrofurantoin macrocrystals	34
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals	34
nitroglycerin	7
NITROGLYCERIN	14
nitroglycerin transdermal	7
nizatidine	14
nora-be	19
norelgestromin/ethinyl estradiol	17
norethindrone	19
norethindrone acetate	19
norethindrone acetate/ethinyl estradiol	18
norgestimate/ethinyl estradiol	18
nortrel 0.5/35 (28)	18
nortrel 1/35	18
nortrel 7/7/7	18

Nombre del medicamento	Página
nortriptyline hcl	39
nortriptyline hydrochloride	39
NOVOLIN 70/30	57
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	57
NOVOLIN N	57
NOVOLIN N FLEXPEN	57
NOVOLIN R	57
NOVOLIN R FLEXPEN	57
NOVOLOG	57
NOVOLOG FLEXPEN	57
NOVOLOG MIX 70/30	57
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	57
NOVOLOG PENFILL	57
NUBEQA	42
NUCALA	28
NUEDEXTA	10
NUPLAZID	49
NUTRILIPID	31
nyamyc	41
nylia 1/35	18
nylia 7/7/7	18
nystatin	42
nystatin/triamcinolone acetonide	11
nystop	42
octreotide acetate	20
ODACTRA	21
ODEFSEY	52
ODOMZO	46
ofloxacin	26
ofloxacin	31
OGSIVEO	43
OJEMDA	43
OJJAARA	46
olanzapine	49
olanzapine odt	49
olmesartan medoxomil	5
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide	4
omega-3-acid ethyl esters	6
omeprazole	15
omeprazole dr	15
ondansetron hcl	40
ondansetron hydrochloride	40
ondansetron odt	40
ONUREG	43
OPIPZA	49
OPVEE	27
ORENCIA	21
ORENCIA CLICKJECT	21
ORENITRAM	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	29
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	29
ORGOVYX	20
ORKAMBI	29
orphenadrine citrate er	57
ORQUIDEA	19
ORSERDU	42
oseltamivir phosphate	50
OSENVELT	8
OSPHENA	16
OTEZLA	11
OTEZLA	21
oxaprozin	32
oxcarbazepine	37
oxybutynin chloride	15
oxybutynin chloride er	15
oxycodone hydrochloride	32
oxycodone/acetaminophen	32
OZEMPIC	55
PACERONE	5
paliperidone er	49
PANRETIN	47
pantoprazole sodium	15
paricalcitol	8
paroxetine hcl	40
paroxetine hydrochloride	40
PAXLOVID	52
pazopanib hydrochloride	46
PEDIARIX	24
PEDVAXHIB	24
peg-3350/electrolytes	14
peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl	14
PEGASYS	22
PEGASYS	23
PEMAZYRE	46
PENBRAYA	24
penicillamine	53
penicillin g sodium	35
penicillin v potassium	35
PENMENVY	24
PENTACEL	24
pentamidine isethionate	47
pentoxifylline er	4
perampanel	38
perindopril erbumine	6
PERIOGARD	10

Nombre del medicamento	Página
permethrin	13
perphenazine	48
PERSERIS	49
phenelzine sulfate	39
phenobarbital	37
phenytek	37
phenytoin	37
phenytoin sodium extended	37
PIFELTRO	52
pilocarpine hydrochloride	10
pilocarpine hydrochloride	25
pimecrolimus	13
pimozide	48
pimtrea	18
pindolol	3
pioglitazone hcl	56
pioglitazone hcl/metformin hcl	56
pioglitazone hydrochloride	56
piperacillin sodium/tazobactam sodium	35
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	46
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	46
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	46
pirfenidone	28
piroxicam	33
pitavastatin calcium	5
PLENAMINE	53
podofilox	11
polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate	26
pomalidomide	42
portia-28	18
posaconazole	42
posaconazole dr	42
potassium chloride	53
potassium chloride er	53
potassium citrate er	54
PRALUENT	6
pramipexole dihydrochloride	2
prasugrel hydrochloride	54
pravastatin sodium	5
praziquantel	47
prazosin hydrochloride	2
prednisolone	19
prednisolone acetate	26
prednisolone sodium phosphate	19
prednisone	19
pregabalin	37
PREMARIN	18
PREMPHASE	18
PREMPRO	18
prenatal	54
prevalite	6
PREVYMIS	50
PREZCOBIX	50
PREZISTA	50
PRIFTIN	41
primaquine phosphate	47
primidone	37
PRIORIX	24
PRIVIGEN	22
PROAIR RESPICLICK	31
probenecid	7
probenecid/colchicine	7
prochlorperazine	40
prochlorperazine maleate	40
PROCRIT	55
procto-med hc	7
proctosol hc	7
proctozone-hc	7
progesterone	19
PROGRAF	24
PROLASTIN-C	57
promethazine hcl	41
promethazine hydrochloride	41
promethegan	41
propafenone hydrochloride	5
propranolol hcl	3
propranolol hydrochloride	3
propranolol hydrochloride er	3
propylthiouracil	20
PROQUAD	24
protriptyline hcl	39
prucalopride	13
PULMOZYME	29
pyrazinamide	41
pyridostigmine bromide	2
pyrimethamine	48
PYRUKYND	58
PYRUKYND TAPER PACK	58
QINLOCK	46
QUADRACEL	24
quetiapine fumarate	49
quetiapine fumarate er	49
quinapril hydrochloride	6
quinapril/hydrochlorothiazide	4
quinidine sulfate	5
quinine sulfate	48
QULIPTA	2
QVAR REDIHALER	30

Nombre del medicamento	Página
RABAVERT	25
rabeprazole sodium	15
RALDESY	40
raloxifene hydrochloride	16
ramipril	6
ranolazine er	4
rasagiline mesylate	2
RAYALDEE	8
REBIF	9
REBIF REBIDOSE	8
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	8
REBIF TITRATION PACK	8
RECOMBIVAX HB	25
RELISTOR	14
repaglinide	56
REPATHA	6
REPATHA SURECLICK	6
RESTASIS	26
RESTASIS MULTIDOSE	26
RETACRIT	55
RETEVMO	46
REVCOVI	58
REVUFORJ	43
REXULTI	49
REYATAZ	50
REZDIFFRA	19
REZLIDHIA	46
REZUROCK	24
RHOPRESSA	25
ribavirin	51
rifabutin	41
rifampin	41
rilpivirine hydrochloride	52
riluzole	10
RINVOQ	21
RINVOQ LQ	21
risedronate sodium	8
risperidone	49
risperidone er	49
risperidone odt	49
ritonavir	50
rivaroxaban	54
rivastigmine tartrate	1
rivastigmine transdermal system	1
rivelsa	18
RIVFLOZA	31
rizatriptan benzoate	1
rizatriptan benzoate odt	1
ROCKLATAN	26
roflumilast	31
ROMVIMZA	46
ropinirole hcl	2
ropinirole hydrochloride	2
rosuvastatin calcium	5
rosyrah	18
ROTARIX	25
ROTATEQ	25
roweepra	38
ROZLYTREK	46
RUBRACA	46
rufinamide	37
RUKOBIA	50
RYDAPT	46
RYTARY	2
sacubitril/valsartan	4
SANTYL	11
sapropterin dihydrochloride	58
SAVELLA	9
SAVELLA TITRATION PACK	9
SCEMBLIX	46
scopolamine	41
SECUADO	50
selegiline hcl	2
selenium sulfide	13
SELZENTRY	50
SEREVENT DISKUS	31
sertraline hcl	40
sertraline hydrochloride	40
setlakin	18
sharobel	19
SHINGRIX	25
SIGNIFOR	20
sildenafil citrate	29
silver sulfadiazine	11
SIMBRINZA	26
simvastatin	5
sirolimus	24
SIRTURO	41
sitagliptin phosphate/metformin hydrochloride	56
SKYCLARYS	31
SKYRIZI	21
SKYRIZI PEN	21
sodium chloride	54
sodium chloride 0.45%	54
sodium chloride 0.9%	31
sodium oxybate	10
sodium phenylbutyrate	58

Nombre del medicamento	Página
sodium polystyrene sulfonate	53
sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate	14
sofosbuvir/velpatasvir	51
solifenacin succinate	15
SOLIQUA 100/33	56
SOLTAMOX	42
SOMAVERT	20
sorafenib tosylate	46
sotalol hcl	5
sotalol hydrochloride	5
sotalol hydrochloride (af)	5
SPEVIGO	13
SPIRIVA RESPIMAT	30
spironolactone	5
spironolactone/hydrochlorothiazide	4
sprintec 28	18
SPRITAM	38
sps	53
ssd	11
STELARA	21
STEQEYMA	21
STIOLTO RESPIMAT	28
STIVARGA	46
STOBOCLO	8
streptomycin sulfate	33
STRIBILD	51
SUBVENITE	38
subvenite starter kit/blue	38
subvenite starter kit/green	38
subvenite starter kit/orange	38
SUCRAID	58
sucralfate	15
sulfacetamide sodium	26
sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	26
sulfadiazine	36
sulfamethoxazole/trimethoprim	36
sulfamethoxazole/trimethoprim ds	36
sulfasalazine	7
sulindac	33
sumatriptan	1
sumatriptan succinate	1
sunitinib malate	46
SUNLENCA	50
SUTAB	14
SYMPAZAN	37
SYMTUZA	50
SYNJARDY	56
SYNJARDY XR	56
TABLOID	43
TABRECTA	46
tacrolimus	13
tacrolimus	24
tadalafil	15
tadalafil	29
TAFINLAR	46
TAGRISSO	46
TALZENNA	46
tamoxifen citrate	42
tamsulosin hydrochloride	15
tarina fe 1/20 eq	18
TAVNEOS	21
tazarotene	11
TAZICEF	34
telmisartan	5
telmisartan/hydrochlorothiazide	4
temazepam	10
TENIVAC	25
tenofovir disoproxil fumarate	52
TEPMETKO	46
terazosin hcl	15
terazosin hydrochloride	15
terbinafine hcl	42
terconazole	42
teriparatide	8
testosterone	16
testosterone cypionate	16
testosterone enanthate	16
testosterone pump	16
tetrabenazine	10
tetracycline hydrochloride	36
THALOMID	42
THEOPHYLLINE ER	31
thioridazine hydrochloride	48
thiothixene	48
tiadylt er	3
tiagabine hydrochloride	37
TIBSOVO	46
ticagrelor	54
TICOVAC	25
tigecycline	34
timolol maleate	2
timolol maleate	25
tinidazole	34
tiotropium bromide	30
TIVICAY	51
TIVICAY PD	51

Nombre del medicamento	Página
tizanidine hcl	1
tizanidine hydrochloride	1
TOBRADEX ST	26
tobramycin	26
tobramycin	29
tobramycin sulfate	33
tobramycin/dexamethasone	26
tolvaptan	53
topiramate	38
toremifene citrate	42
torpenz	47
torsemide	6
TOUJEO MAX SOLOSTAR	57
TOUJEO SOLOSTAR	57
TRADJENTA	56
tramadol hydrochloride	32
tramadol hydrochloride/acetaminophen	32
trandolapril	7
tranexamic acid	54
tranylcypromine sulfate	39
trazodone hydrochloride	40
TRELEGY ELLIPTA	28
TRELSTAR MIXJECT	20
TREMFYA	21
TREMFYA INDUCTION PACK FOR CROHNS DISEASE/ULCERATIVE COLITIS	21
TRESIBA	57
TRESIBA FLEXTOUCH	57
tretinoin	11
tretinoin	47
triamcinolone acetonide	13
triamcinolone acetonide dental paste	10
triamterene	6
triamterene/hydrochlorothiazide	4
triderm	13
trientine hydrochloride	53
tri-estarylla	18
trifluoperazine hcl	48
trifluoperazine hydrochloride	48
trifluridine	26
trihexyphenidyl hydrochloride	2
TRIJARDY XR	56
TRIKAFTA	29
trimethoprim	34
tri-mili	18
trimipramine maleate	39
TRINTELLIX	40
tri-sprintec	18
TRIUMEQ	52
TRIUMEQ PD	52
tri-vylibra	18
TRULICITY	56
TRUMENBA	25
TRUQAP	47
TRYNGOLZA	6
TUKYSA	47
TURALIO	47
turqoz	18
TWINRIX	25
TYENNE	21
TYMLOS	8
TYPHIM VI	25
TYRVAYA	27
UBRELVY	2
UDENYCA	55
unithroid	19
ursodiol	14
USTEKINUMAB	22
valacyclovir hydrochloride	51
VALCHLOR	42
valganciclovir	50
valganciclovir hydrochloride	50
valproic acid	38
valsartan	5
valsartan/hydrochlorothiazide	4
VALTOCO 10 MG DOSE	37
VALTOCO 15 MG DOSE	37
VALTOCO 20 MG DOSE	37
VALTOCO 5 MG DOSE	37
valtya 1/35	18
valtya 1/50	18
vancomycin hcl	34
vancomycin hydrochloride	34
VANFLYTA	47
VAQTA	25
varenicline starting month	27
varenicline tartrate	27
varenicline tartrate continuing month	27
VARIVAX	25
VAXCHORA	25
VELPHORO	53
VELTASSA	53
VENCLEXTA	47
VENCLEXTA STARTING PACK	47
venlafaxine hydrochloride	40
venlafaxine hydrochloride er	40
VEOZAH	10

Nombre del medicamento	Página
verapamil hcl er	3
verapamil hydrochloride	3
verapamil hydrochloride er	3
verapamil hydrochloride sr	3
VERQUVO	7
VERSACLOZ	48
VERZENIO	47
vienva	18
vigabatrin	37
vigadrone	37
VIGAFYDE	37
vilazodone hydrochloride	40
VIMKUNYA	25
viorele	18
VIRACEPT	50
VIREAD	52
VITRAKVI	47
VIVITROL	27
VIVOTIF	25
VONJO	43
VOQUEZNA	14
VOQUEZNA DUAL PAK	34
VOQUEZNA TRIPLE PAK	34
VORANIGO	43
voriconazole	42
VOSEVI	51
VOWST	14
VRAYLAR	50
VUMERITY	9
vyfemla	18
vylibra	18
VYNDAMAX	4
VYVGART HYTRULO	22
VYZULTA	27
warfarin sodium	54
WELIREG	58
wezlana	22
WINREVAIR	29
wixela inhub	28
WYOST	8
XALKORI	47
XARELTO	54
XARELTO STARTER PACK	54
XATMEP	24
XCOPRI	38
XDEMVY	26
XELJANZ	22
XELJANZ XR	22
XERMELO	13
XIFAXAN	14
XIGDUO XR	56
XIIDRA	26
XOFLUZA	51
XOLAIR	22
XOLREMDI	55
XOSPATA	47
XPOVIO	47
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	47
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	47
XTAMPZA ER	32
XTANDI	42
xulane	18
YARGESA	58
YF-VAX	25
YONSA	42
YUPELRI	30
yuvafem	18
zafemy	18
zafirlukast	30
zaleplon	10
ZARXIO	55
ZEJULA	47
ZELBORAF	47
zelvysia	58
zenatane	11
ZENPEP	58
zidovudine	52
ziprasidone hcl	50
ziprasidone mesylate	50
ZIRGAN	26
ZOKINVY	31
ZOLINZA	43
zolmitriptan	1
zolpidem tartrate	10
zolpidem tartrate er	10
ZONISADE	38
zonisamide	38
zovia 1/35	18
ZTALMY	37
ZURZUVAE	39
ZYKADIA	47
ZYLET	26

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: ຊຶ່ນຊາບ: 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.