

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: 14

Este formulario se actualizó el 06/03/2026. 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 06/03/2026. 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 afectar 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 recibirá 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 06/03/2026. 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 página 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		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er cp24 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tabs 0</i>	2	
<i>memantine hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>donepezil hcl tbdp 10mg, 5mg</i>	2	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er cp24 16mg, 24mg, 8mg</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide soln 4mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide tabs 12mg, 4mg, 8mg</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate caps 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	3	
<i>rivastigmine transdermal system pt24 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>dantrolene sodium caps 100mg, 25mg</i>	4	
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>rizatriptan benzoate odt tbdp 10mg, 5mg</i>	3	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate tabs 10mg, 5mg</i>	2	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	4	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan soln 20mg/act, 5mg/act</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tabs 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate soln 4mg/ml</i>	5	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine tabs 100mg; 1mg</i>	3	QL(24 EA por 28 días)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
<i>AIMOVIG INJ 140MG/ML</i>	3	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>AIMOVIG INJ 70MG/ML</i>	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		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	2	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>amantadine hcl caps 100mg</i>	2	
<i>amantadine hcl soln 50mg/5ml</i>	2	
<i>entacapone tabs 200mg</i>	4	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps 5mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate tabs 2.5mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride tabs 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	2	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tabs 2mg, 5mg</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	
<i>selegiline hcl caps 5mg</i>	3	
<i>selegiline hcl tabs 5mg</i>	3	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa er tbcr 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa odt tbdp 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa tabs 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	2	
<i>carbidopa tabs 25mg</i>	4	
INBRIJA CAPS 42MG	5	PA
RYTARY CPR 23.75MG; 95MG, 36.25MG; 145MG, 48.75MG; 195MG, 61.25MG; 245MG	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acebutolol hydrochloride caps 200mg, 400mg</i>	2	
<i>atenolol tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	4	
<i>bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>carvedilol tabs 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate er tb24 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 75mg</i>	2	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	4	
<i>pindolol tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 120mg, 160mg, 60mg, 80mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>felodipine er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>nimodipine caps 30mg</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	
<i>dilt-xr cp24 120mg, 180mg, 240mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp24 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg</i>	2	
<i>tiadylt er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er cp24 120mg, 180mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride sr cp24 240mg, 360mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg, 40mg, 80mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren tabs 150mg, 300mg</i>	6	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tabs 5mg; 50mg</i>	2	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride caps 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	6	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate/valsartan tabs 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	6	
<i>atenolol/chlorthalidone tabs 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	2	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	6	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	2	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	6	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	6	
ENTRESTO CPSP 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	6	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	6	
<i>ivabradine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg</i>	6	
<i>metyrosine caps 250mg</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg</i>	6	
<i>pentoxifylline er tbc 400mg</i>	2	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	6	
<i>ranolazine er tb12 1000mg, 500mg</i>	4	
<i>sacubitril/valsartan tabs 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 25mg</i>	2	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg</i>	6	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg</i>	6	
VYNDAMAX CAPS 61MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hydrochloride tabs 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg</i>	1	
<i>clonidine ptwk 0.1mg/24hr, 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	3	
<i>droxidopa caps 100mg</i>	4	PA
<i>droxidopa caps 200mg, 300mg</i>	5	PA
<i>methyldopa tabs 250mg, 500mg</i>	4	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>midodrine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	6	
<i>irbesartan tabs 150mg, 300mg, 75mg</i>	6	
<i>losartan potassium tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil tabs 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>telmisartan tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>valsartan tabs 160mg, 320mg, 40mg, 80mg</i>	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
KERENDIA TABS 10MG, 20MG, 40MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>spironolactone tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg</i>	4	
<i>digoxin soln 0.05mg/ml</i>	4	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide caps 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride caps 150mg</i>	3	
<i>mexiletine hydrochloride caps 200mg, 250mg</i>	4	
PACERONE TABS 200MG	2	
PACERONE TABS 100MG	4	
<i>propafenone hydrochloride tabs 150mg, 225mg, 300mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate tabs 200mg, 300mg</i>	4	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af) tabs 120mg, 160mg, 80mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr cpdr 135mg, 45mg</i>	2	
<i>gemfibrozil tabs 600mg</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>fluvastatin sodium er tb24 80mg</i>	4	
<i>fluvastatin caps 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lovastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>pitavastatin calcium tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	4	
<i>pravastatin sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>simvastatin tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	6	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light pack 4gm</i>	4	
<i>cholestyramine pack 4gm</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride tabs 1gm</i>	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ezetimibe/simvastatin tabs 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	6	
<i>ezetimibe tabs 10mg</i>	2	
<i>icosapent ethyl caps 0.5gm, 1gm</i>	4	
NEXLETOL TABS 180MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET TABS 180MG; 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>niacin er tbc 1000mg, 500mg, 750mg</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters caps 375mg; 465mg; 1gm</i>	4	
PRALUENT INJ 150MG/ML, 75MG/ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite pack 4gm</i>	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		
<i>amiloride hcl tabs 5mg</i>	2	
<i>triamterene caps 100mg, 50mg</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>furosemide inj 10mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral soln 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>toremide tabs 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tabs 1.25mg, 2.5mg</i>	2	
<i>metolazone tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>captopril tabs 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	6	
<i>enalapril maleate tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
<i>lisinopril tabs 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>moexipril hydrochloride tabs 15mg, 7.5mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine tabs 2mg, 4mg, 8mg</i>	6	
<i>quinapril hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	6	
<i>ramipril caps 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>trandolapril tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	

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
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin tabs 10mg, 5mg</i>	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		
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er tb24 120mg, 30mg, 60mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal pt24 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO TABS 10MG, 2.5MG, 5MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tabs 10mg, 2.5mg</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	2	
<i>colchicine tabs 0.6mg</i>	2	
<i>probenecid/colchicine tabs 0.5mg; 500mg</i>	2	
<i>probenecid tabs 500mg</i>	2	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium caps 750mg</i>	4	
<i>mesalamine er cpcr 500mg</i>	4	
<i>mesalamine enem 4gm</i>	4	
<i>mesalamine supp 1000mg</i>	4	
<i>sulfasalazine tabs 500mg</i>	2	
<i>sulfasalazine tbec 500mg</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er tb24 9mg</i>	5	
<i>budesonide cpep 3mg</i>	4	
<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc crea 2.5%</i>	2	
<i>proctosol hc crea 2.5%</i>	2	
<i>proctozone-hc crea 2.5%</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg</i>	6	
<i>alendronate sodium tabs 70mg</i>	6	QL(4 EA por 28 días)
<i>calcitonin-salmon soln 200unit/act</i>	3	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
FORTEO INJ 560MCG/2.24ML	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
<i>ibandronate sodium tabs 150mg</i>	6	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI INJ 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 días)
OSEVELT INJ 120MG/1.7ML	5	PA
<i>paricalcitol caps 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	4	
RAYALDEE CPR 30MCG	5	
<i>risedronate sodium tabs 35mg</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
STOBOCLO INJ 60MG/ML	4	QL(2 ML por 365 días)
<i>teriparatide inj 560mcg/2.24ml</i>	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
<i>dalfampridine er tb12 10mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack cdpk 0</i>	4	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>dimethyl fumarate cpdr 120mg, 240mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i> fingolimod hydrochloride caps 0.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA INJ 20MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG X 7 TABLETS	4	QL(14 EA por 365 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG X 12 TABLETS	5	QL(24 EA por 365 días); PA
MAYZENT TABS 0.25MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABS 1MG, 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJ 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF REBIDOSE INJ 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF TITRATION PACK INJ 0	5	QL(8.4 ML por 365 días); PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>calcipotriene crea 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln 0.005%</i>	3	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea 0.05%; 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	4	QL(300 GM por 30 días); ST
<i>fluorouracil crea 0.5%</i>	4	
<i>fluorouracil crea 5%</i>	4	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil soln 2%, 5%</i>	3	
<i>imiquimod crea 5%</i>	3	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone acetone crea 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone acetone oint 100000unit/gm; 0.1%</i>	2	
OTZLA TABS 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox soln 0.5%</i>	3	
SANTYL OINT 250UNIT/GM	4	
<i>silver sulfadiazine crea 1%</i>	2	
<i>ssd crea 1%</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acitretin caps 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	
<i>adapalene/benzoyl peroxide gel 0.1%; 2.5%</i>	3	
<i>amnestem caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	4	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 5%; 1.2%</i>	3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%</i>	4	
FINACEA FOAM 15%	4	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole gel 1%</i>	4	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	4	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane caps 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY INJ 150MG/ML	5	QL(6 ML por 28 días); PA
ADBRY INJ 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
<i>ala-cort crea 1%</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate crea 0.05%</i>	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
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	2	
<i>ammonium lactate crea 12%</i>	2	
<i>ammonium lactate lotn 12%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea 0.05%</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented lotn 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate crea 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate lotn 0.05%</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate lotn 0.1%</i>	3	
<i>betamethasone valerate oint 0.1%</i>	3	
<i>clobetasol propionate e crea 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate foam 0.05%</i>	3	
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	4	
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	4	
<i>desonide crea 0.05%</i>	3	
<i>desonide oint 0.05%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>desoximetasone crea 0.25%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>desoximetasone oint 0.25%</i>	3	
EBGLYSS INJ 250MG/2ML	5	PA
EUCRISA OINT 2%	4	PA
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	4	
<i>fluocinonide crea 0.1%</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>fluocinonide crea 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide oint 0.05%</i>	2	QL(60 GM por 30 días)
<i>fluocinonide soln 0.05%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol propionate crea 0.05%</i>	4	
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate crea 0.2%</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	2	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	2	QL(100 GM por 30 días)
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	

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

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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla 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
<i>gavilyte-c solr 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	2	
<i>gavilyte-g solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	
LIVMARLI SOLN 19MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLN 9.5MG/ML	5	QL(90 ML por 30 días); PA
LIVMARLI TABS 30MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
LIVMARLI TABS 10MG, 15MG, 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
NITROGLYCERIN OINT 0.4%	4	
<i>peg-3350/electrolytes solr 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	2	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solr 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	2	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate soln 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	3	
SUTAB TABS 225MG; 188MG; 1479MG	3	
<i>ursodiol tabs 250mg, 500mg</i>	3	
VOQUEZNA TABS 10MG	4	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABS 20MG	4	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPS 0	5	PA
XIFAXAN TABS 200MG	4	PA
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<i>nizatidine caps 150mg, 300mg</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hydrochloride caps 10mg</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	3	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
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium cpdr 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lansoprazole cpdr 15mg, 30mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pantoprazole sodium tbec 20mg, 40mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>rabeprazole sodium tbec 20mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
<i>misoprostol tabs 100mcg, 200mcg</i>	3	
<i>sucralfate tabs 1gm</i>	2	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er tb24 10mg</i>	2	
<i>doxazosin mesylate tabs 1mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>dutasteride caps 0.5mg</i>	2	
<i>finasteride tabs 5mg</i>	2	
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride caps 0.4mg</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride tabs 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	3	
ELMIRON CAPS 100MG	4	
Antiespasmódicos, urinario		
<i>fesoterodine fumarate er tb24 4mg, 8mg</i>	4	
GEMTESA TABS 75MG	4	
MYRBETRIQ SRER 8MG/ML	3	
MYRBETRIQ TB24 25MG, 50MG	3	
<i>oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	4	
<i>desmopressin acetate tabs 0.1mg, 0.2mg</i>	3	
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA
GENOTROPIN INJ 12MG, 5MG	5	PA
INCRELEX INJ 40MG/4ML	5	PA
ISTURISA TABS 1MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA

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
ISTURISA TABS 5MG	5	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA TABS 60MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride tabs 60mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate inj 200mg/ml</i>	3	PA
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	4	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	PA
Estrógenos		
<i>abigale lo tabs 0.5mg; 0.1mg</i>	4	
<i>abigale tabs 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>altavera tabs 30mcg; 0.15mg</i>	3	
<i>alyacen 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>ashlyna tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>aviane tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>azurette tabs 0; 0</i>	3	
<i>balziva tabs 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>briellyn tabs 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>camrese lo tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
CLIMARA PRO PTWK 0.045MG/DAY; 0.015MG/DAY	4	
<i>conjugated estrogens tabs 0.3mg, 0.45mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg</i>	4	
<i>cryselle tabs 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>dolishale tabs 20mcg; 90mcg</i>	3	
DOTTI PTTW 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	4	
<i>dotti pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr</i>	4	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	4	
<i>estarylla tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>estradiol crea 0.1mg/gm</i>	2	
<i>estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	4	
<i>estradiol pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol ptwk 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol oral tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	2	
<i>estradiol vaginal tabs 10mcg</i>	4	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	4	QL(1 EA por 90 días)
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	3	
<i>falmina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>feirza 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>feirza 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>hailey fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>iclevia tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli tabs 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>junel 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>junel fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>kariva tabs 0; 0</i>	3	
<i>kelnor 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>kurvelo tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>larin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>larin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>lessina tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonest tabs 0; 0</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	3	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0, 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>lojaimiess tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>low-ogestrel tabs 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>luizza 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>luizza 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>lutra tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>lyllana pttw 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	4	
<i>marlissa tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 tabs 30mcg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin 1/20 tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 tabs 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>mili tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>mimvey tabs 1mg; 0.5mg</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28 tabs 35mcg; 0.5mg</i>	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	4	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 20mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	4	
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tabs 0; 0, 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tabs 35mcg; 0.5mg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 tabs 35mcg; 0</i>	3	
<i>nylia 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 tabs 35mcg; 0</i>	3	
<i>pimtrea tabs 0; 0</i>	3	
<i>portia-28 tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	3	
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	
<i>rivelsa tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>rosyrah tabs 0; 0</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin tabs 0.03mg; 0.15mg</i>	4	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28 tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq tabs 20mcg; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>tri-estarylla tabs 0; 0</i>	3	
<i>tri-mili tabs 0; 0</i>	3	
<i>tri-sprintec tabs 0; 0</i>	3	
<i>tri-vylibra tabs 0; 0</i>	3	
<i>turqoz tabs 30mcg; 0.3mg</i>	3	
<i>valtya 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
<i>valtya 1/50 tabs 50mcg; 1mg</i>	3	
<i>vienva tabs 20mcg; 0.1mg</i>	3	
<i>viorele tabs 0; 0</i>	3	
<i>vyfemla tabs 35mcg; 0.4mg</i>	3	
<i>vylibra tabs 35mcg; 0.25mg</i>	3	
<i>xulane ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvafem tabs 10mcg</i>	4	
<i>zafemy ptwk 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	4	
<i>zovia 1/35 tabs 35mcg; 1mg</i>	3	
Progestinas		
<i>camila tabs 0.35mg</i>	3	
<i>deblitane tabs 0.35mg</i>	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJ 104MG/0.65ML	3	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>errin tabs 0.35mg</i>	3	
<i>gallifrey tabs 5mg</i>	2	
<i>heather tabs 0.35mg</i>	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>incassia tabs 0.35mg</i>	3	
LILETTA IUD 20.1MCG/DAY	3	
<i>lyleq tabs 0.35mg</i>	3	
<i>lyza tabs 0.35mg</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml</i>	2	QL(1 ML por 90 días)
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate tabs 20mg, 40mg</i>	2	
<i>meleya tabs 0.35mg</i>	3	
NEXPLANON INJ 68MG	3	
<i>nora-be tabs 0.35mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate tabs 5mg</i>	2	
<i>norethindrone tabs 0.35mg</i>	3	
ORQUIDEA TABS 0.35MG	3	
<i>progesterone caps 100mg, 200mg</i>	2	
<i>sharobel tabs 0.35mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>dexamethasone soln 0.5mg/5ml</i>	3	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate tabs 0.1mg</i>	2	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk 4mg</i>	2	
<i>methylprednisolone tabs 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate soln 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	4	
<i>prednisolone soln 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	2	
<i>prednisone tbpk 10mg, 5mg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>levothyroxine sodium tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
<i>liomny tabs 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium tabs 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	2	
REZDIFFRA TABS 100MG, 60MG, 80MG	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
<i>unithroid tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs 50mg</i>	2	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline tabs 0.5mg</i>	3	
FIRMAGON INJ 80MG	4	QL(1 EA por 28 días); PA
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	QL(4 EA por 365 días); PA
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJ 3.75MG, 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJ 11.25MG, 22.5MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJ 30MG	5	QL(1 EA por 112 días); PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJ 45MG	5	QL(1 EA por 168 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJ 7.5MG	5	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJ 11.25MG	5	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX TABS 120MG	5	PA
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	5	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT INJ 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG	4	QL(1 EA por 168 días); PA
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	4	QL(1 EA por 84 días); PA
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
BENLYSTA INJ 200MG/ML	5	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN INJ 150MG/ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY INJ 300MG/2ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA

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
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	5	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJ 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
EBGLYSS INJ 250MG/2ML	5	PA
EMPAVELI INJ 1080MG/20ML	5	PA
KINERET INJ 100MG/0.67ML	5	PA
ODACTRA SUBL 0; 0	3	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENCIA CLICKJECT INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TBPK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA
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

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
TYENNE INJ 162MG/0.9ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
USTEKINUMAB INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(3 ML por 84 días); PA
<i>ustekinumab inj 45mg/0.5ml</i>	5	QL(3 ML por 84 días); PA
VYVGART HYTRULO INJ 1000MG/5ML; 10000UNIT/5ML	5	QL(20 ML por 28 días); PA
<i>wezlana inj 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	5	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR TB24 11MG, 22MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLN 1MG/ML	5	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABS 10MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR INJ 75MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJ 150MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA
XOLAIR INJ 150MG/ML, 300MG/2ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INJ 500UNIT	5	PA
<i>icatibant acetate inj 30mg/3ml</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJ 100MCG/0.5ML	5	PA
BESREMI INJ 500MCG/ML	5	PA
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 5GM/50ML	5	PA
PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	5	PA
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit inj 80mg/0.8ml</i>	5	QL(3 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty 2-syringe inj 20mg/0.2ml</i>	5	QL(2 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty 2-syringe inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS STARTER INJ 80MG/0.8ML	5	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM INJ 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-adbm inj 40mg/0.4ml</i>	5	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	B/D
<i>cyclosporine modified caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified soln 100mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	B/D
ENVARUSUS XR TB24 4MG	5	B/D
<i>everolimus tabs 0.25mg</i>	4	B/D
<i>everolimus tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	B/D
<i>engraf caps 100mg, 25mg</i>	4	B/D
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJ 0	5	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	5	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJ 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
JYLAMVO SOLN 2MG/ML	4	PA
<i>leflunomide tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs 2.5mg</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps 250mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil susr 200mg/ml</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil tabs 500mg</i>	4	B/D

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolic acid dr tbec 180mg, 360mg</i>	4	B/D
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF PACK 0.2MG, 1MG	4	B/D
REZUROCK TABS 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>sirolimus soln 1mg/ml</i>	4	B/D
<i>sirolimus tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	4	B/D
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5MG/ML	4	PA
Vacunas		
ABRYOVO 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)
<i>bcg vaccine inj 50mg</i>	1	
BEXSERO INJ 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJ 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	3	
ENGERIX-B INJ 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJ 0.5ML	1	
HAVRIX INJ 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	
<i>menquadfi inj 0.5ml</i>	1	
MENVEO INJ 0	1	
MRESVIA INJ 50MCG/0.5ML	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	3	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INJ 0; 0	1	
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	

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
QUADRACEL INJ 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	3	
RBAVERT 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 SUSP 0	1	
VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CPDR 0	1	
YF-VAX INJ 0	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
<i>azelastine hcl soln 0.05%</i>	2	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	4	
<i>carteolol hcl soln 1%</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er cp12 500mg</i>	4	
<i>acetazolamide tabs 125mg, 250mg</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.1%	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride soln 2%</i>	2	
<i>pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA SOLN 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	3	
<i>bacitracin/polymyxin b oint 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	2	
COMBIGAN SOLN 0.2%; 0.5%	3	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	3	
CYSTARAN SOLN 0.44%	5	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate soln 20mg/ml; 5mg/ml</i>	2	
MIEBO SOLN 1.338GM/ML	4	QL(12 ML 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
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone oint 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin oint 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin soln 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate soln 10000unit/ml; 0.1%</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL 0.05%	3	
RESTASIS EMUL 0.05%	3	
ROCKLATAN SOLN 0.005%; 0.02%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA SUSP 0.2%; 1%	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate soln 0.23%; 10%</i>	2	
TOBRADEX ST SUSP 0.05%; 0.3%	4	
<i>tobramycin/dexamethasone susp 0.1%; 0.3%</i>	4	
XIIDRA SOLN 5%	4	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET SUSP 0.5%; 0.3%	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
BESIVANCE SUSP 0.6%	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin soln 0.5%</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	2	
<i>tobramycin soln 0.3%</i>	2	
<i>trifluridine soln 1%</i>	4	
XDEMY SOLN 0.25%	5	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	4	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate soln 0.1%</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
FLAREX SUSP 0.1%	3	
<i>flurbiprofen sodium soln 0.03%</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine soln 0.5%</i>	2	
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate susp 1%</i>	3	

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
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost soln 0.005%</i>	1	
LUMIGAN SOLN 0.01%	3	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA SOLN 0.024%	4	QL(5 ML por 25 días)
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tbc 300mg, 450mg</i>	2	
<i>lithium carbonate caps 150mg, 300mg</i>	1	
<i>lithium carbonate caps 600mg</i>	2	
<i>lithium carbonate tabs 300mg</i>	2	
<i>lithium soln 8meq/5ml</i>	4	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS SOLN 10MG/ML	4	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA SOLN 0.03MG/ACT	4	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month tbpk 0</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQD 8MG/0.1ML	4	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml</i>	2	
OPVEE SOLN 2.7MG/0.1ML	3	
REXTOVY LIQD 4MG/0.25ML	4	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl subl 2mg, 8mg</i>	2	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	4	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr tbec 333mg</i>	4	
<i>disulfiram tabs 250mg</i>	2	
<i>disulfiram tabs 500mg</i>	3	
<i>naltrexone hydrochloride tabs 50mg</i>	2	
VIVITROL INJ 380MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
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)

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
BREO ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>breyana aero 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	4	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AERO 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	3	QL(23.6 GM por 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT AERS 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AERO 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AERO 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	4	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN INJ 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	5	QL(0.5 ML por 28 días); PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate soln 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	2	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJ 40MG/0.4ML	5	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJ 100MG	5	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJ 100MG/ML	5	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	3	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub aepb 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPS 100MG, 150MG	5	PA
<i>pirfenidone caps 267mg</i>	5	PA
PIRFENIDONE TABS 534MG	5	PA
<i>pirfenidone tabs 267mg, 801mg</i>	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLR 75MG	5	PA
KALYDECO PACK 13.4MG, 25MG, 5.8MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA

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
KALYDECO TABS 150MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABS 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	5	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME SOLN 2.5MG/2.5ML	5	PA
<i>tobramycin nebu 300mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA TBPB 100MG; 0; 50MG	5	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABS 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq tabs 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan tabs 10mg, 5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT TABS 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TEPK 0	5	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TEPK 0	5	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TEPK 0	5	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TBCR 0.125MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	5	PA
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
WINREVAIR INJ 0, 45MG, 60MG	5	QL(1 EA por 21 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>cetirizine hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs 4mg</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrps 10mg/5ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs 5mg</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	3	QL(30 EA por 30 días)
ASMANEX HFA AERO 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	4	QL(13 GM por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES AEPB 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)

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 30 METERED DOSES AEPB 110MCG/INH, 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES AEPB 220MCG/INH	4	QL(1 EA por 30 días)
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	2	
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	4	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER AERB 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	3	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew 4mg, 5mg</i>	2	
<i>montelukast sodium pack 4mg</i>	4	
<i>montelukast sodium tabs 10mg</i>	2	
<i>zafirlukast tabs 10mg, 20mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AERS 17MCG/ACT	4	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5MCG/INH	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%, 0.06%</i>	2	
<i>ipratropium bromide inhalation soln 0.02%</i>	2	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AERS 2.5MCG/ACT	3	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25MCG/ACT	3	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide caps 18mcg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI NEBU 175MCG/3ML	5	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act x 7gm</i>	2	QL(13.4 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act x 8gm</i>	2	QL(17 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 180mcg/act x 18gm</i>	2	QL(48 GM por 30 días)
<i>albuterol sulfate nebu 2.5mg/0.5ml</i>	2	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebu 0.083%</i>	2	QL(525 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebu 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	4	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>arformoterol tartrate nebu 15mcg/2ml</i>	4	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml</i>	3	
<i>epinephrine inj 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to product manufactured by Mylan Specialty L.P. Only
<i>epinephrine inj 0.3mg/0.3ml</i>	3	Applies to products manufactured by Impax or Lineage Therapeutics

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	4	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa aero 45mcg/act</i>	3	QL(30 GM por 30 días)
PROAIR RESPICLICK AEPB 108MCG/ACT	3	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS AEPB 50MCG/DOSE	3	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast tabs 250mcg, 500mcg</i>	4	PA
THEOPHYLLINE ER TB12 100MG, 200MG	4	
<i>theophylline er tb12 300mg, 450mg</i>	4	
<i>theophylline er tb24 400mg, 600mg</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PADS 70%	1	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16" MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2" MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM MISC	1	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PADS	1	
NUTRILIPID INJ 20GM/100ML	4	B/D
RIVFLOZA INJ 128MG/0.8ML	5	QL(0.8 ML por 28 días); PA
RIVFLOZA INJ 160MG/ML, 80MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYCLARYS CAPS 50MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9% soln 0.9%</i>	2	
ZOKINVY CAPS 50MG, 75MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid soln 2%</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hc soln 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	3	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine ptwk 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	3	
<i>methadone hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>methadone hydrochloride soln 10mg/5ml</i>	3	
<i>morphine sulfate er tbc 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	3	
XTAMPZA ER C12A 13.5MG, 18MG, 27MG, 36MG, 9MG	3	
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine soln 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	3	
<i>acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	2	
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	4	
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	2	
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 325mg; 2.5mg</i>	3	
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	
<i>hydromorphone hcl inj 10mg/ml</i>	4	
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	4	
<i>hydromorphone hydrochloride inj 50mg/5ml</i>	4	
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	
<i>morphine sulfate tabs 15mg, 30mg</i>	3	
<i>oxycodone hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	4	
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg, 5mg</i>	2	
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	3	
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 5mg</i>	2	
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tabs 325mg; 37.5mg</i>	2	
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	2	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	4	PA
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	2	
<i>ibuprofen susp 100mg/5ml</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tabs 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er cpcr 75mg</i>	3	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	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
<i>ketorolac tromethamine tabs 10mg</i>	4	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tabs 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tabs 500mg, 750mg</i>	2	
<i>naproxen dr tbec 500mg</i>	4	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs 600mg</i>	2	
<i>piroxicam caps 10mg, 20mg</i>	3	
<i>sulindac tabs 150mg, 200mg</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine/prilocaine crea 2.5%; 2.5%</i>	2	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine oint 5%</i>	4	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4	PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>buspirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tabs 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tabs 15mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tabs 7.5mg</i>	4	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tabs 3.75mg</i>	4	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol conc 5mg/ml</i>	2	
<i>diazepam soln 5mg/5ml</i>	2	
<i>diazepam tabs 10mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tabs 2mg</i>	2	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol conc 2mg/ml</i>	3	
<i>lorazepam tabs 2mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tabs 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate inj 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE SUSP 590MG/8.4ML	5	PA
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	3	
HUMATIN CAPS 250MG	5	
<i>neomycin sulfate tabs 500mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets swab 1%</i>	3	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solr 75mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium inj 150mg</i>	4	
<i>daptomycin inj 350mg, 500mg</i>	4	
<i>fosfomicin tromethamine pack 3gm</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50MG	5	
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid susr 100mg/5ml</i>	5	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid tabs 600mg</i>	4	QL(56 EA por 28 días)
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	3	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals caps 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals caps 100mg</i>	2	
<i>tigecycline inj 50mg</i>	4	
<i>tinidazole tabs 250mg, 500mg</i>	4	
<i>trimethoprim tabs 100mg</i>	2	
<i>vancomycin hcl inj 10gm</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride caps 125mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride caps 250mg</i>	4	QL(240 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride inj 1gm, 500mg, 750mg</i>	3	
VOQUEZNA DUAL PAK THPK 500MG; 20MG	4	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THPK 500MG; 500MG; 20MG	4	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps 250mg, 500mg</i>	3	
<i>cefadroxil caps 500mg</i>	2	
<i>cefadroxil susr 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	4	
<i>cefdinir caps 300mg</i>	2	
<i>cefdinir susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefixime caps 400mg</i>	4	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>cefepodoxime proxetil susr 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	4	
<i>cefepodoxime proxetil tabs 100mg, 200mg</i>	4	
<i>cefprozil susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>ceftaroline fosamil inj 400mg, 600mg</i>	5	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	
<i>cefuroxime axetil tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 750mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm</i>	4	
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
TAZICEF INJ 6GM	4	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm</i>	4	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tb12 1000mg; 62.5mg</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg</i>	4	
<i>amoxicillin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin susr 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin tabs 500mg, 875mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm</i>	4	
<i>ampicillin/sulbactam inj 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm</i>	4	
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nafcillin sodium inj 1gm, 2gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium inj 10gm</i>	5	
<i>penicillin g sodium inj 5000000unit</i>	5	
<i>penicillin v potassium solr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium inj 1gm</i>	4	
<i>imipenem/cilastatin inj 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	3	
<i>meropenem inj 1gm, 500mg</i>	3	
Macrólidos		
<i>azithromycin inj 500mg</i>	3	
<i>azithromycin susr 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	2	
<i>azithromycin tabs 250mg, 500mg, 600mg</i>	2	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clarithromycin er tb24 500mg</i>	4	
<i>clarithromycin susr 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>erythromycin dr tbec 250mg, 333mg, 500mg</i>	4	
<i>fidaxomicin tabs 200mg</i>	5	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj 400mg/250ml; 0.8%</i>	4	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	3	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tabs 500mg</i>	5	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tabs 800mg; 160mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs 400mg; 80mg</i>	2	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tabs 150mg, 300mg</i>	4	
<i>doxy 100 inj 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate inj 100mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs 150mg, 75mg</i>	3	
<i>doxycycline susr 25mg/5ml</i>	3	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps 250mg, 500mg</i>	4	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide caps 250mg</i>	3	
<i>ethosuximide soln 250mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide caps 300mg</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam susp 2.5mg/ml</i>	4	
<i>clobazam tabs 10mg, 20mg</i>	4	
<i>clonazepam odt tbdp 2mg</i>	4	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tabs 2mg</i>	2	QL(300 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
<i>clonazepam tabs 0.5mg, 1mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT CAPS 250MG, 500MG	5	PA
DIACOMIT PACK 250MG, 500MG	5	PA
<i>diazepam gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	4	
<i>divalproex sodium dr csdr 125mg</i>	4	
<i>divalproex sodium dr tbec 125mg, 250mg, 500mg</i>	2	
<i>divalproex sodium er tb24 250mg, 500mg</i>	2	
<i>gabapentin caps 400mg</i>	2	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin caps 100mg, 300mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin soln 250mg/5ml</i>	4	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tabs 800mg</i>	2	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tabs 600mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	4	
<i>pregabalin caps 300mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>pregabalin caps 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin soln 20mg/ml</i>	4	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tabs 125mg, 250mg, 50mg</i>	2	
SYMPAZAN FILM 10MG, 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 20MG	5	
<i>tiagabine hydrochloride tabs 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	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)
<i>vigabatrin pack 500mg</i>	5	PA
<i>vigabatrin tabs 500mg</i>	5	PA
<i>vigadrone pack 500mg</i>	5	PA
<i>vigadrone tabs 500mg</i>	5	PA
VIGAFYDE SOLN 100MG/ML	5	PA
ZTALMY SUSP 50MG/ML	5	PA
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er cp12 100mg, 200mg, 300mg</i>	4	
<i>carbamazepine er tb12 100mg, 200mg, 400mg</i>	4	
<i>carbamazepine chew 100mg, 200mg</i>	2	
<i>carbamazepine susp 100mg/5ml</i>	4	
<i>carbamazepine tabs 200mg</i>	3	
DILANTIN CAPS 30MG	4	
<i>eslicarbazepine acetate tabs 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	4	
<i>lacosamide soln 10mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	4	
<i>oxcarbazepine susp 300mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine tabs 150mg, 300mg, 600mg</i>	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
<i>phenytek caps 200mg, 300mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended caps 100mg</i>	2	
<i>phenytoin chew 50mg</i>	2	
<i>phenytoin susp 125mg/5ml</i>	2	
<i>rufinamide susp 40mg/ml</i>	5	
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	5	
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
<i>zonisamide caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
<i>brivaracetam soln 10mg/ml</i>	4	PA
<i>brivaracetam tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	PA
BRIVIACT SOLN 10MG/ML	5	PA
BRIVIACT TABS 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	5	PA
EPIDIOLEX SOLN 100MG/ML	5	PA
<i>felbamate susp 600mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate tabs 400mg, 600mg</i>	4	
FINTEPLA SOLN 2.2MG/ML	5	PA
<i>lamotrigine starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 0</i>	4	
<i>lamotrigine chew 25mg, 5mg</i>	2	
<i>lamotrigine tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>levetiracetam er tb24 500mg, 750mg</i>	2	
<i>levetiracetam soln 100mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam tabs 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>levetiracetam tb3d 250mg, 500mg</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5MG/0.1ML	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>perampanel susp 0.5mg/ml</i>	5	
<i>perampanel tabs 2mg</i>	4	
<i>perampanel tabs 10mg, 12mg, 4mg, 6mg, 8mg</i>	5	
<i>roweeptra tabs 500mg</i>	2	
SPRITAM TB3D 250MG, 500MG	4	
<i>subvenite starter kit/blue kit 25mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green kit 0</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange kit 0</i>	4	
SUBVENITE SUSP 10MG/ML	4	
<i>subvenite tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg</i>	2	
<i>topiramate csp 15mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>topiramate soln 25mg/ml</i>	4	
<i>topiramate tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>valproic acid caps 250mg</i>	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
<i>valproic acid soln 250mg/5ml</i>	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY TBCR 105MG; 45MG	4	QL(60 EA por 30 días); ST
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg, 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tabs 100mg, 75mg</i>	2	
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
<i>mirtazapine odt tbdp 15mg, 30mg, 45mg</i>	3	
<i>mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM PT24 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST
MARPLAN TABS 10MG	4	
<i>phenelzine sulfate tabs 15mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate tabs 10mg</i>	4	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 150mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine tabs 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>clomipramine hydrochloride caps 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>desipramine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	4	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl conc 10mg/ml</i>	4	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	4	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl tabs 10mg, 5mg</i>	4	
<i>trimipramine maleate caps 100mg, 25mg, 50mg</i>	4	
Antidepressants		

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
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide soln 10mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tb24 100mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tb24 25mg, 50mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate soln 5mg/5ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
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
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln 20mg/5ml</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp 10mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	2	
RALDESY SOLN 10MG/ML	5	
<i>sertraline hcl conc 20mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	2	
TRINTELLIX TABS 10MG, 20MG, 5MG	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>vilazodone hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 40mg</i>	4	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant caps 80mg</i>	4	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant cppk 0</i>	4	QL(6 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol caps 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl soln 4mg/5ml</i>	4	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	2	B/D
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro supp 25mg</i>	4	
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg</i>	4	
<i>meclizine hydrochloride tabs 25mg</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl supp 12.5mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride soln 6.25mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hydrochloride supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hydrochloride tabs 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>promethegan supp 25mg</i>	4	
<i>scopolamine pt72 1mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs 100mg, 25mg</i>	3	
<i>rifabutin caps 150mg</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine caps 250mg</i>	5	
<i>ethambutol hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	2	
<i>isoniazid syrp 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid tabs 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150MG	4	
<i>pyrazinamide tabs 500mg</i>	4	
<i>rifampin caps 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin inj 600mg</i>	4	
SIRTURO TABS 100MG, 20MG	5	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
<i>amphotericin b liposome inj 50mg</i>	5	B/D
<i>amphotericin b inj 50mg</i>	4	B/D
CASPOFUNGIN ACETATE INJ 70MG	4	
<i>casposfungin acetate inj 50mg</i>	4	
<i>clotrimazole crea 1%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole soln 1%</i>	2	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	3	
CRESEMBA CAPS 186MG, 74.5MG	5	PA
<i>econazole nitrate crea 1%</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride inj 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	3	
<i>fluconazole susr 10mg/ml, 40mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>flucytosine caps 250mg, 500mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize susp 125mg/5ml</i>	4	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>griseofulvin microsize tabs 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole caps 100mg</i>	4	PA
JUBLIA SOLN 10%	5	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	2	QL(90 GM por 30 días)
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	2	
<i>micafungin inj 100mg, 50mg</i>	4	
<i>nyamyc powd 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	3	
<i>nystop powd 100000unit/gm</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole dr tbec 100mg</i>	5	PA
<i>posaconazole susp 40mg/ml</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl tabs 250mg</i>	2	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole crea 0.4%, 0.8%</i>	3	
<i>voriconazole inj 200mg</i>	5	PA
<i>voriconazole susr 40mg/ml</i>	5	
<i>voriconazole tabs 200mg, 50mg</i>	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide caps 25mg, 50mg</i>	3	B/D
LEUKERAN TABS 2MG	5	
<i>lomustine caps 10mg, 40mg</i>	4	
<i>lomustine caps 100mg</i>	5	
MATULANE CAPS 50MG	5	
VALCHLOR GEL 0.016%	5	PA
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA
<i>pomalidomide caps 3mg, 4mg</i>	5	PA
<i>pomalidomide caps 1mg, 2mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
THALOMID CAPS 100MG, 50MG	5	PA
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tabs 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>abirtega tabs 250mg</i>	2	PA
<i>bicalutamide tabs 50mg</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG, 60MG	5	PA
EULEXIN CAPS 125MG	4	
<i>nilutamide tabs 150mg</i>	5	

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
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	
<i>tamoxifen citrate tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>toremifene citrate tabs 60mg</i>	4	
Antimetabolitos		
DROXIA CAPS 200MG, 300MG, 400MG	3	
<i>hydroxyurea caps 500mg</i>	2	
<i>mercaptopurine susp 2000mg/100ml</i>	5	
<i>mercaptopurine tabs 50mg</i>	3	
TABLOID TABS 40MG	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABS 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	5	PA
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA
INREBIC CAPS 100MG	5	PA
ITOVEBI TABS 9MG	5	PA
ITOVEBI TABS 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
IWILFIN TABS 192MG	5	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE TBPK 2.5MG; 200MG	5	PA
KOMZIFTI CAPS 200MG	5	PA
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>leucovorin calcium tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium tabs 15mg, 25mg</i>	3	
LONSURF TABS 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	5	PA
LYSODREN TABS 500MG	5	
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		
<i>mesna tabs 400mg</i>	5	
VORANIGO TABS 40MG	5	PA
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THPK 0.8MG; 200MG	5	PA
<i>Inhibidores de la aromatasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tabs 1mg</i>	2	
<i>exemestane tabs 25mg</i>	2	
<i>letrozole tabs 2.5mg</i>	2	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA CAPS 150MG	5	PA
ALUNBRIG TABS 30MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TABS 180MG, 90MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
ALUNBRIG TBPK 0	5	QL(60 EA por 365 días); PA
AUGTYRO CAPS 160MG, 40MG	5	PA
AYVAKIT TABS 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
BALVERSA TABS 3MG, 4MG, 5MG	5	PA
BOSULIF CAPS 100MG, 50MG	5	PA
BOSULIF TABS 100MG, 400MG, 500MG	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA
BRUKINSA 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
<i>dasatinib tabs 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	5	PA
DAURISMO TABS 100MG, 25MG	5	PA
ENSACOVE CAPS 100MG, 25MG	5	PA
ERIVEDGE CAPS 150MG	5	PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg</i>	4	PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	5	PA
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	PA
FOTIVDA CAPS 0.89MG, 1.34MG	5	PA
FRUZAQLA CAPS 1MG, 5MG	5	PA
GAVRETO CAPS 100MG	5	PA
<i>gefitinib tabs 250mg</i>	5	PA

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
GILOTRIF TABS 20MG, 30MG, 40MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
GOMEKLI CAPS 1MG, 2MG	5	PA
GOMEKLI TBSO 1MG	5	PA
HERNEXEOS TABS 60MG	5	PA
HYRNUO TABS 10MG	5	PA
IBRANCE CAPS 125MG	5	PA
IBTROZI CAPS 200MG	5	PA
ICLUSIG TABS 30MG, 45MG	5	PA
ICLUSIG TABS 10MG, 15MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
IDHIFA TABS 100MG, 50MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>imatinib mesylate tabs 100mg</i>	3	PA
<i>imatinib mesylate tabs 400mg</i>	5	PA
IMBRUVICA CAPS 140MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
IMBRUVICA CAPS 70MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA
IMBRUVICA SUSP 70MG/ML	5	PA
IMBRUVICA TABS 420MG	5	PA
IMBRUVICA TABS 140MG, 280MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA
IMKELDI SOLN 80MG/ML	5	PA
INLYTA TABS 1MG, 5MG	5	PA
INQOVI TABS 100MG; 35MG	5	PA
JAKAFI TABS 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	5	PA
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
<i>lapatinib ditosylate tabs 250mg</i>	5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	5	PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10MG	5	PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CPPK 0	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4MG	5	PA
LORBRENA TABS 100MG, 25MG	5	PA
LUMAKRAS TABS 120MG, 240MG, 320MG	5	PA

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
LYNPARZA TABS 100MG, 150MG	5	PA
LYTGOBI TBPK 4MG	5	PA
MEKINIST SOLR 0.05MG/ML	5	PA
MEKINIST TABS 0.5MG, 2MG	5	PA
MEKTOVI TABS 15MG	5	PA
NERLYNX TABS 40MG	5	QL(180 EA por 30 días); PA
<i>nilotinib d-tartrate caps 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA
<i>nilotinib hydrochloride caps 150mg, 200mg, 50mg</i>	5	PA
NINLARO CAPS 2.3MG, 3MG, 4MG	5	PA
ODOMZO CAPS 200MG	5	PA
OJJAARA TABS 100MG, 200MG	5	PA
OJJAARA TABS 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>pazopanib hydrochloride tabs 200mg</i>	5	PA
PEMAZYRE TABS 13.5MG, 4.5MG, 9MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200MG	5	PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TBPK 0	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150MG	5	PA
QINLOCK TABS 50MG	5	PA
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
REZLIDHIA CAPS 150MG	5	PA
ROMVIMZA CAPS 14MG, 20MG, 30MG	5	PA
ROZLYTREK CAPS 100MG, 200MG	5	PA
ROZLYTREK PACK 50MG	5	PA
RUBRACA TABS 250MG, 300MG	5	PA
RUBRACA TABS 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
RYDAPT CAPS 25MG	5	PA
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
SCEMBLIX TABS 40MG	5	QL(240 EA por 30 días); PA
SCEMBLIX TABS 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>sorafenib tosylate tabs 200mg</i>	5	PA
STIVARGA TABS 40MG	5	PA
<i>sunitinib malate caps 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	PA
TABRECTA TABS 150MG, 200MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
TAFINLAR CAPS 50MG, 75MG	5	PA
TAFINLAR TBSO 10MG	5	PA

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
TAGRISO TABS 80MG	5	PA
TAGRISO 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
<i>torpenz tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	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
VIZIMPRO TABS 15MG, 30MG, 45MG	5	PA
XALKORI CAPS 200MG, 250MG	5	PA
XALKORI CPSP 150MG, 20MG, 50MG	5	PA
XOSPATA TABS 40MG	5	PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20MG	5	PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20MG	5	PA
XPOVIO TBPK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG, 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		
<i>bexarotene caps 75mg</i>	5	PA
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA
PANRETIN GEL 0.1%	5	
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs 200mg</i>	4	
<i>ivermectin tabs 3mg, 6mg</i>	2	PA
<i>praziquantel tabs 600mg</i>	4	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tabs 250mg; 100mg</i>	4	
<i>atovaquone susp 750mg/5ml</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg, 500mg</i>	4	

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
COARTEM TABS 20MG; 120MG	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 100mg, 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride tabs 250mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tabs 500mg</i>	5	
<i>pentamidine isethionate inj 300mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr 300mg</i>	4	B/D
<i>primaquine phosphate tabs 26.3mg</i>	3	
<i>pyrimethamine tabs 25mg</i>	5	PA
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride conc 100mg/ml, 30mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj 25mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl conc 5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elix 2.5mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride inj 2.5mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj 100mg/ml, 50mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate inj 5mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol conc 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tabs 0.5mg, 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>haloperidol tabs 20mg</i>	3	
<i>loxapine caps 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	2	
<i>molindone hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 5mg</i>	4	
<i>perphenazine tabs 2mg, 4mg</i>	3	
<i>perphenazine tabs 16mg, 8mg</i>	4	
<i>pimozide tabs 1mg, 2mg</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	3	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tbdp 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tbdp 150mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tbdp 100mg, 25mg</i>	4	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tbdp 12.5mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine tabs 50mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tabs 25mg</i>	3	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine tabs 200mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tabs 100mg</i>	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	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aripiprazole odt tbdp 10mg, 15mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole soln 1mg/ml</i>	4	QL(750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole tabs 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	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	
<i>asenapine maleate sl subl 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA CAPS 10.5MG, 21MG, 42MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
FANAPT TITRATION PACK A TABS 0	4	QL(16 EA por 365 días); ST
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	5	QL(60 EA por 30 días); ST
INVEGA HAFYERA INJ 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	5	ST
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	5	
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABS 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); ST
NUPLAZID CAPS 34MG	5	PA
NUPLAZID TABS 10MG	5	PA
<i>olanzapine odt tbdp 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine inj 10mg</i>	4	
<i>olanzapine tabs 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
OPIPZA FILM 2MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tb24 6mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS INJ 120MG, 90MG	5	
<i>quetiapine fumarate er tb24 300mg, 400mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tb24 200mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tb24 150mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tabs 300mg, 400mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	5	

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone soln 1mg/ml</i>	2	QL(240 ML por 30 días)
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
SECUADO PT24 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	5	QL(30 EA por 30 días); ST
VRAYLAR CAPS 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl caps 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate inj 20mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
Antivirico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPS 250MG	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir caps 150mg</i>	4	
<i>atazanavir caps 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tabs 800mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tabs 600mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ TABS 300MG; 150MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium tabs 700mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
KALETRA SOLN 400MG/5ML; 100MG/5ML	4	
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	4	
NORVIR PACK 100MG	4	QL(360 EA por 30 días)
PREZCOBIX TABS 150MG; 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)
<i>ritonavir tabs 100mg</i>	3	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA TABS 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABS 625MG	5	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABS 250MG	5	QL(300 EA por 30 días)
Agentes anti-VIH, otros		
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA TB12 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLN 20MG/ML	5	
SUNLENCA TABS 300MG	5	QL(24 EA por 168 días)
SUNLENCA TBPK 300MG X 5 TABLETS	5	QL(10 EA por 365 días)
SUNLENCA TBPK 300MG X 4 TABLETS	5	QL(8 EA por 365 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
LIVTENCITY TABS 200MG	5	
PREVYMIS PACK 120MG, 20MG	5	
PREVYMIS TABS 240MG, 480MG	5	
<i>valganciclovir hydrochloride solr 50mg/ml</i>	5	
<i>valganciclovir tabs 450mg</i>	3	
Agentes antigripales		

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oseltamivir phosphate caps 75mg</i>	2	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate caps 30mg</i>	2	QL(168 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate caps 45mg</i>	2	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate susr 6mg/ml</i>	3	QL(1080 ML por 365 días)
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACK 50MG; 20MG	5	QL(560 EA por 365 días); PA
MAVYRET TABS 100MG; 40MG	5	QL(336 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir tabs 400mg; 100mg</i>	5	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABS 400MG; 100MG; 100MG	5	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir caps 200mg</i>	2	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2	
<i>famciclovir tabs 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 1gm, 500mg</i>	3	QL(120 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABS 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DOVATO TABS 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA TABS 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	5	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD TABS 600MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS PACK 100MG	5	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABS 400MG	5	QL(60 EA por 30 días)
JULUCA TABS 50MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD TABS 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD TBSO 5MG	4	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABS 50MG	5	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABS 100MG; 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
EDURANT PED TBSO 2.5MG	5	QL(180 EA por 30 días)
EDURANT TABS 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 600mg; 200mg; 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz tabs 600mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 25mg; 300mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tabs 100mg, 200mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABS 25MG	4	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine susp 50mg/5ml</i>	4	QL(1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine tabs 200mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABS 100MG	5	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tabs 600mg; 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir soln 20mg/ml</i>	4	QL(960 ML por 30 días)
<i>abacavir tabs 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO TABS 300MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY TABS 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 133mg; 200mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tabs 167mg; 250mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLN 10MG/ML	4	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine tabs 150mg; 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	3	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tabs 150mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine tabs 300mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
ODEFSEY TABS 200MG; 25MG; 25MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tabs 300mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD TBSO 60MG; 5MG; 30MG	4	QL(180 EA por 30 días)
TRIUMEQ TABS 600MG; 50MG; 300MG	5	QL(30 EA por 30 días)
VIREAD POWD 40MG/GM	5	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine caps 100mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrp 50mg/5ml</i>	4	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tabs 300mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil tabs 10mg</i>	4	
BARACLUDE SOLN 0.05MG/ML	5	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO CAPS 200MG	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK (300MG-100MG DAY 1; 150MG-100MG DAYS 2-5)	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK (150MG-100MG)	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK (300MG-100MG)	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
KIONEX SUSP 15GM/60ML	3	
LOKELMA PACK 10GM, 5GM	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd 0</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate susp 15gm/60ml</i>	3	
<i>sps susp 15gm/60ml</i>	3	
VELTASSA PACK 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPS 100MG	5	
<i>deferasirox pack 180mg, 360mg, 90mg</i>	5	PA
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	PA
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tbso 125mg, 250mg</i>	4	PA
<i>deferasirox tbso 500mg</i>	5	PA
<i>penicillamine tabs 250mg</i>	5	
<i>tolvaptan tabs 15mg, 30mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>trientine hydrochloride caps 250mg</i>	5	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	3	
VELPHORO CHEW 500MG	5	
Reemplazo de electrolitos/minerales		
<i>carglumic acid tbso 200mg</i>	5	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% inj 5%; 0.45%</i>	4	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% inj 5%; 0.9%</i>	4	
<i>dextrose 5% inj 5%</i>	2	
<i>klor-con 10 tbc 10meq</i>	2	
<i>klor-con 8 tbc 8meq</i>	2	
<i>klor-con m10 tbc 10meq</i>	2	
<i>klor-con m15 tbc 15meq</i>	3	
<i>klor-con m20 tbc 20meq</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	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

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride er cpcr 10meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tbcr 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	2	
<i>potassium chloride er tbcr 15meq</i>	3	
<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral soln 10%</i>	4	
<i>potassium citrate er tbcr 1080mg, 15meq, 540mg</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% inj 0.45%</i>	3	
<i>sodium chloride inj 0.9%</i>	3	
Vitaminas		
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tabs 650mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER CP12 25MG; 200MG	4	
CABLIVI INJ 11MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol tabs 100mg, 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	1	
DOPTELET TABS 20MG	5	PA
<i>prasugrel hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>ticagrelor tabs 60mg, 90mg</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate caps 110mg, 150mg, 75mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
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)
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml</i>	5	
FRAGMIN INJ 2500UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	
<i>heparin sodium inj 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>rivaroxaban susr 1mg/ml</i>	3	QL(600 ML por 30 días)
<i>warfarin sodium tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	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
XARELTO STARTER PACK TBPK 0	3	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO TABS 10MG, 20MG	3	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABS 2.5MG	3	QL(360 EA por 30 días)
XARELTO TABS 15MG	3	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride caps 0.5mg, 1mg</i>	3	
<i>eltrombopag olamine pack 12.5mg, 25mg</i>	5	PA
<i>eltrombopag olamine tabs 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	5	PA
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		
<i>acarbose tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	6	
<i>glipizide er tb24 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glipizide tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tabs 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	6	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	6	
GLYXAMBI TABS 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	3	
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUMET TABS 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	3	
JANUVIA TABS 100MG, 25MG, 50MG	3	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
JENTADUETO TABS 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	6	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	6	
MOUNJARO INJ 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide tabs 120mg, 60mg</i>	6	
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	3	QL(3 ML por 28 días); PA

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
OZEMPIC TABS 4MG, 9MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
OZEMPIC TABS 1.5MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tabs 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	6	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	6	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	6	
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	6	
RYBELSUS TABS 14MG, 7MG	3	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABS 3MG	3	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33 INJ 100UNIT/ML; 33MCG/ML	3	
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	3	
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
TRADJENTA TABS 5MG	3	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TB24 10MG; 5MG; 1000MG, 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	3	
TRULICITY INJ 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	3	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK POWD 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide susp 50mg/ml</i>	5	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJ 1MG	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJ 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT INJ 1MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS INJ 1MG/0.2ML	3	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL INJ 100UNIT/ML	3	
FIASP INJ 100UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3	
HUMALOG KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJ 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 INJ 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	3	
HUMALOG INJ 100UNIT/ML	3	

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
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN N INJ 100UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJ 500UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJ 100UNIT/ML	3	
<i>insulin lispro inj 100unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR INJ 100UNIT/ML	3	
LANTUS INJ 100UNIT/ML	3	
LYUMJEV KWIKPEN INJ 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	3	
LYUMJEV INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN N INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN INJ 100UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJ 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	3	
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		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	3	PA
<i>methocarbamol tabs 500mg, 750mg</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er tb12 100mg</i>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous powd 0</i>	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	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON CAPS 150MG, 50MG	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
EVRYSDI SOLR 0.75MG/ML	5	QL(240 ML por 30 días); PA
<i>l-glutamine pack 5gm</i>	5	PA
<i>miglustat caps 100mg</i>	5	PA
<i>nitisinone caps 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	5	
PROLASTIN-C INJ 1000MG/20ML	5	PA
PYRUKYND TAPER PACK TBPK 0, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABS 50MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABS 20MG, 5MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCovi INJ 2.4MG/1.5ML	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride pack 100mg, 500mg</i>	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride tabs 100mg</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate powd 3gm/tsp</i>	5	
SUCRAID SOLN 8500UNIT/ML	5	PA
WELIREG TABS 40MG	5	PA
YARGESA CAPS 100MG	5	PA
<i>zelvysia pack 100mg, 500mg</i>	5	PA
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	52
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	52
<i>abigale</i>	16
<i>abigale lo</i>	16
ABILIFY MAINTENA	48
<i>abiraterone acetate</i>	42
<i>abirtega</i>	42
ABRYSSVO	24
<i>acamprosate calcium dr</i>	27
<i>acarbose</i>	55
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3
<i>acetaminophen/codeine</i>	32
<i>acetazolamide</i>	25
<i>acetazolamide er</i>	25
<i>acetic acid</i>	31
<i>acitretin</i>	11
ACTHIB	24
ACTIMMUNE	22
<i>acyclovir</i>	13
<i>acyclovir</i>	51
<i>acyclovir sodium</i>	51
ADACEL	24
<i>adalimumab-aaty 1-pen kit</i>	22
<i>adalimumab-aaty 2-pen kit</i>	22
<i>adalimumab-aaty 2-syringe</i>	22
ADALIMUMAB-AATY CD/UC/HS STARTER	22
ADALIMUMAB-ADBM	22
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	11
ADBRY	11
<i>adefovir dipivoxil</i>	52
ADEMPAS	29
ADVAIR HFA	27
AIMOVIG	1
AIRSUPRA	27
AKEEGA	43
<i>ala-cort</i>	11
<i>albendazole</i>	47
<i>albuterol sulfate</i>	30
<i>albuterol sulfate hfa</i>	30
<i>alclometasone dipropionate</i>	11
ALCOHOL PREP PADS	31
ALECENSA	44
<i>alendronate sodium</i>	7
<i>alfuzosin hcl er</i>	15
<i>aliskiren</i>	3

Nombre del medicamento	Página
<i>allopurinol</i>	7
<i>alosetron hydrochloride</i>	13
<i>alprazolam</i>	33
<i>altavera</i>	16
ALUNBRIG	44
<i>alyacen 1/35</i>	16
<i>alyq</i>	29
<i>amantadine hcl</i>	2
<i>ambrisentan</i>	29
<i>amikacin sulfate</i>	33
<i>amiloride hcl</i>	6
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	3
<i>amiodarone hydrochloride</i>	5
<i>amitriptyline hcl</i>	39
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	39
<i>amlodipine besylate</i>	3
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	3
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	4
<i>ammonium lactate</i>	12
<i>amnestem</i>	11
<i>amoxapine</i>	39
<i>amoxicillin</i>	35
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	35
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	35
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	9
<i>amphotericin b</i>	41
<i>amphotericin b liposome</i>	41
<i>ampicillin</i>	35
<i>ampicillin sodium</i>	35
<i>ampicillin/sulbactam</i>	35
<i>ampicillin-sulbactam</i>	35
<i>anagrelide hydrochloride</i>	55
<i>anastrozole</i>	44
ANORO ELLIPTA	27
<i>aprepitant</i>	40
APTIVUS	50
AREXVY	24
<i>arformoterol tartrate</i>	30
ARIKAYCE	33
<i>aripiprazole</i>	49
<i>aripiprazole odt</i>	49
ARISTADA	49
ARISTADA INITIO	49
ARMODAFINIL	10
ARNUITY ELLIPTA	29
<i>asenapine maleate sl</i>	49
<i>ashlyna</i>	16
ASMANEX HFA	29

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ASMANEX TWISTHALER 120 METERED DOSES	29	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	31
ASMANEX TWISTHALER 30 METERED DOSES	30	BD INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	31
ASMANEX TWISTHALER 60 METERED DOSES	30	BD INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE/1ML/31G X 8MM	31
ASPIRIN/DIPYRIDAMOLE ER	54	BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA- FINE/29G X 12.7MM	31
<i>atazanavir</i>	50	BELSOMRA	10
<i>atazanavir sulfate</i>	50	<i>benazepril hydrochloride</i>	6
<i>atenolol</i>	3	<i>benazepril</i>	4
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	4	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atomoxetine</i>	9	BENLYSTA	20
<i>atorvastatin calcium</i>	5	<i>benztropine mesylate</i>	2
<i>atovaquone</i>	47	BESIVANCE	26
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	47	BESREMI	22
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	47	<i>betaine anhydrous</i>	57
<i>atropine sulfate</i>	25	<i>betamethasone dipropionate</i>	12
ATROVENT HFA	30	<i>betamethasone dipropionate</i> <i>augmented</i>	12
<i>abra eq</i>	16	<i>betamethasone valerate</i>	12
AUGMENTIN	35	BETASERON	8
AUGTYRO	44	<i>betaxolol hcl</i>	3
AUSTEDO	9	<i>betaxolol hcl</i>	25
AUSTEDO XR	9	<i>bethanechol chloride</i>	15
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	9	<i>bexarotene</i>	47
AUVELITY	39	BEXSERO	24
<i>aviane</i>	16	<i>bicalutamide</i>	42
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	44	BICILLIN L-A	35
AVONEX	8	BIKTARVY	51
AVONEX PEN	8	<i>bisoprolol fumarate</i>	3
AYVAKIT	44	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>azathioprine</i>	23	BIVIGAM	22
<i>azelaic acid</i>	11	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	16
<i>azelastine hcl</i>	25	BOOSTRIX	24
<i>azelastine hydrochloride</i>	29	BOSULIF	44
<i>azithromycin</i>	35	BRAFTOVI	44
<i>aztreonam</i>	33	BREO ELLIPTA	28
<i>azurette</i>	16	<i>breyana</i>	28
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	25	BREZTRI AEROSPHERE	28
<i>baclofen</i>	1	<i>briellyn</i>	16
<i>balsalazide disodium</i>	7	BRIMONIDINE TARTRATE	25
BALVERSA	44	<i>brivaracetam</i>	38
<i>balziva</i>	16	BRIVIACT	38
BAQSIMI ONE PACK	56	<i>bromfenac sodium</i>	26
BARACLUDE	52	<i>bromocriptine mesylate</i>	2
<i>bcg vaccine</i>	24	BRUKINSA	44
BD INSULIN SYRINGE	31	<i>budesonide</i>	7
SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"		<i>budesonide</i>	30

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>budesonide er</i>	7	<i>cefoxitin sodium</i>	34
<i>bumetanide</i>	6	<i>cefpodoxime proxetil</i>	34
<i>buprenorphine</i>	32	<i>cefprozil</i>	34
<i>buprenorphine hcl</i>	27	<i>ceftaroline fosamil</i>	34
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	27	<i>ceftazidime</i>	34
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	27	<i>ceftriaxone sodium</i>	35
<i>bupropion hydrochloride</i>	39	<i>cefuroxime axetil</i>	35
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	27	<i>cefuroxime sodium</i>	35
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	39	<i>celecoxib</i>	32
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	39	<i>cephalexin</i>	35
<i>bupirone hcl</i>	33	CERDELGA	57
<i>bupirone hydrochloride</i>	33	<i>cetirizine hydrochloride</i>	29
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	9	CHEMET	53
<i>cabergoline</i>	20	<i>chlorhexidine gluconate</i>	10
CABLIVI	54	<i>chloroquine phosphate</i>	47
CABOMETYX	44	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	48
<i>calcipotriene</i>	11	<i>chlorthalidone</i>	6
<i>calcitonin-salmon</i>	7	CHOLBAM	57
<i>calcitriol</i>	7	<i>cholestyramine</i>	5
<i>calcium acetate</i>	53	<i>cholestyramine light</i>	5
CALQUENCE	44	<i>ciclopirox</i>	13
<i>camila</i>	18	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	13
<i>camrese lo</i>	16	<i>ciclopirox olamine</i>	13
<i>candesartan cilexetil</i>	5	<i>cilostazol</i>	54
<i>candesartan</i>	4	CIMDUO	52
<i>cilexetil/hydrochlorothiazide</i>		<i>cinacalcet hydrochloride</i>	7
CAPLYTA	49	CINRYZE	22
CAPRELSA	44	<i>ciprofloxacin hcl</i>	36
<i>captopril</i>	6	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	26
<i>carbamazepine</i>	37	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	36
<i>carbamazepine er</i>	37	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	36
<i>carbidopa</i>	2	<i>citalopram hydrobromide</i>	40
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	<i>claravis</i>	11
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	<i>clarithromycin</i>	36
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	<i>clarithromycin er</i>	36
<i>carglumic acid</i>	53	CLENPIQ	14
<i>carteolol hcl</i>	25	CLIMARA PRO	16
<i>cartia xt</i>	3	<i>clindacin etz pledgets</i>	33
<i>carvedilol</i>	3	<i>clindamycin hcl</i>	34
CASPOFUNGIN ACETATE	41	<i>clindamycin hydrochloride</i>	34
CAYSTON	28	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	34
<i>cefaclor</i>	34	<i>clindamycin phosphate</i>	13
<i>cefadroxil</i>	34	<i>clindamycin phosphate</i>	34
<i>cefazolin sodium</i>	34	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	11
<i>cefdinir</i>	34	<i>clobazam</i>	36
<i>cefepime</i>	34	<i>clobetasol propionate</i>	12
<i>cefixime</i>	34	<i>clobetasol propionate e</i>	12
<i>cefotetan</i>	34	<i>clomipramine hydrochloride</i>	39

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clonazepam</i>	36	DANZITEN	44
<i>clonazepam odt</i>	36	DAPAGLIFLOZIN	7
<i>clonidine</i>	4	<i>dapsone</i>	41
<i>clonidine hydrochloride</i>	4	DAPTACEL	24
<i>clopidogrel</i>	54	DAPTOMYCIN	34
<i>clorazepate dipotassium</i>	33	<i>darunavir</i>	50
<i>clotrimazole</i>	41	<i>dasatinib</i>	44
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	11	DAURISMO	44
<i>dipropionate</i>		DEBLITANE	18
<i>clozapine</i>	48	<i>deferasirox</i>	53
<i>clozapine odt</i>	48	DELSTRIGO	51
COARTEM	48	DEMECLOCYCLINE HCL	36
COBENFY	9	DEPO-SUBQ PROVERA 104	18
COBENFY STARTER PACK	9	DESCOVY	52
<i>colchicine</i>	7	DESIPRAMINE HYDROCHLORIDE	39
<i>colestipol hydrochloride</i>	5	<i>desmopressin acetate</i>	15
<i>colistimethate sodium</i>	34	<i>desonide</i>	12
COMBIGAN	25	<i>desoximetasone</i>	12
COMBIVENT RESPIMAT	28	<i>desvenlafaxine er</i>	40
COMETRIQ	44	<i>dexamethasone</i>	19
<i>compro</i>	41	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	26
<i>conjugated estrogens</i>	16	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	9
<i>constulose</i>	13	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	9
COPIKTRA	44	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	9
COSENTYX	21	<i>dextrose 5%</i>	53
COSENTYX SENSOREADY PEN	20	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	53
COSENTYX UNOREADY	20	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	53
COTELLIC	44	DIACOMIT	37
CREON	57	DIAZEPAM	33
CRESEMBA	41	<i>diazepam</i>	37
<i>cromolyn sodium</i>	25	<i>diazepam intensol</i>	33
<i>cromolyn sodium</i>	31	<i>diazoxide</i>	56
<i>cromolyn sodium</i>	57	<i>diclofenac sodium</i>	11
<i>cryselle</i>	16	<i>diclofenac sodium</i>	26
CTEXLI	14	<i>diclofenac sodium</i>	32
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	31	<i>diclofenac sodium dr</i>	32
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	57	<i>dicloxacillin sodium</i>	35
<i>cyclophosphamide</i>	42	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	14
<i>cycloserine</i>	41	<i>digoxin</i>	5
<i>cyclosporine</i>	23	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1
<i>cyclosporine</i>	25	DILANTIN	37
<i>cyclosporine modified</i>	23	DILTIAZEM HCL	3
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	29	<i>diltiazem hcl er</i>	3
CYSTAGON	57	<i>diltiazem hydrochloride</i>	3
CYSTARAN	25	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	3
DABIGATRAN ETEXILATE	54	<i>dilt-xr</i>	3
<i>dalfampridine er</i>	8	<i>dimethyl fumarate</i>	8
<i>danazol</i>	16	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	8
<i>dantrolene sodium</i>	1		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	13	EMSAM	39
<i>disulfiram</i>	27	EMTRICITABINE	52
<i>divalproex sodium dr</i>	37	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	52
<i>divalproex sodium er</i>	37	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	52
<i>dofetilide</i>	5	EMTRIVA	52
<i>dolishale</i>	16	ENALAPRIL MALEATE	6
<i>donepezil hcl</i>	1	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	4
<i>donepezil hydrochloride</i>	1	ENBREL	23
DOPTELET	54	ENBREL MINI	23
DORZOLAMIDE HCL/TIMOLOL MALEATE	25	ENBREL SURECLICK	23
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	25	ENGERIX-B	24
DOTTI	16	ENILLORING	16
DOVATO	51	<i>enoxaparin sodium</i>	54
DOXAZOSIN MESYLATE	15	ENSACOVE	44
<i>doxepin hcl</i>	39	ENTACAPONE	2
<i>doxepin hydrochloride</i>	10	<i>entecavir</i>	52
<i>doxepin hydrochloride</i>	39	ENTRESTO	4
<i>doxy 100</i>	36	ENULOSE	13
<i>doxycycline</i>	36	ENVARUSUS XR	23
<i>doxycycline hyclate</i>	10	EPIDIOLEX	38
<i>doxycycline hyclate</i>	36	EPINEPHRINE	30
<i>doxycycline monohydrate</i>	36	<i>eplerenone</i>	5
DRIZALMA SPRINKLE	40	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	1
DRONABINOL	40	ERIVEDGE	44
DROXIA	43	ERLEADA	42
DROXIDOPA	4	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE	44
DULERA	28	<i>errin</i>	18
DULOXETINE HYDROCHLORIDE DR	40	<i>ertapenem sodium</i>	35
DUPIXENT	21	<i>ery</i>	13
DUTASTERIDE	15	<i>erythromycin</i>	13
EBGLYSS	12	<i>erythromycin</i>	26
EBGLYSS	21	<i>erythromycin dr</i>	36
ECONAZOLE NITRATE	41	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	11
EDURANT	51	<i>escitalopram oxalate</i>	40
EDURANT PED	51	<i>eslicarbazepine acetate</i>	37
EFAVIRENZ	52	<i>esomeprazole magnesium</i>	15
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	51	<i>estarylla</i>	16
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	52	<i>estradiol</i>	16
ELIQUIS	54	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	16
ELIQUIS STARTER PACK	54	ESTRING	17
ELMIRON	15	ESZOPICLONE	10
ELTROMBOPAG OLAMINE	55	ETHAMBUTOL HYDROCHLORIDE	41
<i>eluryng</i>	16	<i>ethosuximide</i>	36
EMGALITY	2	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	17
EMPAVELI	21	<i>etravirine</i>	52
		EUCRISA	12

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
EULEXIN	42	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	48
EVEROLIMUS	23	<i>flurbiprofen</i>	32
<i>everolimus</i>	44	<i>flurbiprofen sodium</i>	26
EVOTAZ	50	<i>fluticasone propionate</i>	12
EVRYSI	58	<i>fluticasone propionate</i>	30
EXEMESTANE	44	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	28
EXXUA	39	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	28
EXXUA TITRATION PACK	39	<i>fluvastatin</i>	5
EZETIMIBE	6	<i>fluvastatin sodium er</i>	5
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	6	<i>flvoxamine maleate</i>	40
<i>falmina</i>	17	<i>fondaparinux sodium</i>	54
<i>famciclovir</i>	51	FORTEO	7
<i>famotidine</i>	14	<i>fosamprenavir calcium</i>	50
FANAPT	49	FOSFOMYCIN TROMETHAMINE	34
FANAPT TITRATION PACK A	49	<i>fosinopril sodium</i>	6
FASENRA	28	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	4
FASENRA PEN	28	FOTIVDA	44
FEIRZA 1.5/30	17	FRAGMIN	54
<i>feirza 1/20</i>	17	FRUZAQLA	44
<i>felbamate</i>	38	FUROSEMIDE	6
<i>felodipine er</i>	3	FYAVOLV	17
<i>fenofibrate</i>	5	<i>gabapentin</i>	37
<i>fenofibrate micronized</i>	5	<i>galantamine hydrobromide</i>	1
<i>fenofibric acid dr</i>	5	<i>galantamine hydrobromide er</i>	1
<i>fentanyl</i>	32	<i>gallifrey</i>	18
<i>fesoterodine fumarate er</i>	15	GARDASIL 9	24
FETZIMA	40	<i>gatifloxacin</i>	26
FETZIMA TITRATION PACK	40	GAVILYTE-C	14
FIASP	56	<i>gavilyte-g</i>	14
FIASP FLEXTOUCH	56	GAVRETO	44
FIASP PENFILL	56	<i>gefitinib</i>	44
FIDAXOMICIN	36	GEMFIBROZIL	5
FINACEA	11	GEMTESA	15
FINASTERIDE	15	<i>generlac</i>	13
<i> fingolimod hydrochloride</i>	8	GENGRAF	23
FINTEPLA	38	GENOTROPIN	15
FIRMAGON	20	GENOTROPIN MINIQUICK	15
FLAREX	26	GENTAMICIN SULFATE	26
FLECAINIDE ACETATE	5	GENTAMICIN SULFATE	33
<i>fluconazole</i>	41	GENVOYA	51
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	41	GILOTRIF	45
<i>flucytosine</i>	41	GLATIRAMER ACETATE	8
<i>fludrocortisone acetate</i>	19	GLIMEPIRIDE	55
<i>fluocinolone acetonide</i>	12	<i>glipizide</i>	55
<i>fluocinonide</i>	12	<i>glipizide er</i>	55
<i>fluorouracil</i>	11	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	55
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	40	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	56
<i>fluphenazine decanoate</i>	48	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fluphenazine hcl</i>	48	<i>glyburide</i>	55

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
GLYBURIDE/METFORMIN	55	hydromorphone hydrochloride	32
HYDROCHLORIDE		hydroxychloroquine sulfate	48
glycopyrrolate	14	hydroxyurea	43
GLYXAMBI	55	hydroxyzine hcl	29
GOMEKLI	45	hydroxyzine hydrochloride	29
GRISEOFULVIN MICROSIZE	41	hydroxyzine pamoate	29
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE	42	HYRNUO	45
guanfacine hydrochloride er	9	ibandronate sodium	8
GVOKE HYOPEN 2-PACK	56	IBRANCE	43
GVOKE KIT	56	IBRANCE	45
GVOKE PFS	56	IBTROZI	45
HAILEY FE 1/20	17	IBU	32
HALOBETASOL PROPIONATE	12	IBUPROFEN	32
haloperidol	48	icatibant acetate	22
haloperidol decanoate	48	iclevia	17
haloperidol lactate	48	ICLUSIG	45
HAVRIX	24	icosapent ethyl	6
heather	18	IDHIFA	45
HEPARIN SODIUM	54	imatinib mesylate	45
HEPLISAV-B	24	IMBRUVICA	45
HERNEXEOS	45	imipenem/cilastatin	35
HIBERIX	24	IMIPRAMINE HCL	39
HUMALOG	56	imipramine hydrochloride	39
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	56	imiquimod	11
HUMALOG KWIKPEN	56	IMKELDI	45
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	56	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	24
HUMALOG MIX 75/25	56	IMPAVIDO	34
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	56	INBRIJA	2
HUMATIN	33	INCASSIA	19
HUMIRA	23	INCRELEX	15
HUMIRA PEN	23	INCRUSE ELLIPTA	30
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	23	INDAPAMIDE	6
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	23	INDOMETHACIN	32
HUMULIN 70/30	57	indomethacin er	32
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	57	INFANRIX	24
HUMULIN N	57	INGREZZA	10
HUMULIN N KWIKPEN	57	INLURIYO	43
HUMULIN R	57	INLYTA	45
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	57	INQOVI	45
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	57	INREBIC	43
HYDRALAZINE HYDROCHLORIDE	7	INSULIN LISPRO	57
HYDROCHLOROTHIAZIDE	6	INTELENCE	52
hydrocodone bitartrate/acetaminophen	32	introvale	17
hydrocodone/acetaminophen	32	INVEGA HAFYERA	49
hydrocortisone	7	INVEGA SUSTENNA	49
hydrocortisone	12	INVEGA TRINZA	49
hydrocortisone	19	IPOL INACTIVATED IPV	24
hydrocortisone valerate	12	IPRATROPIUM BROMIDE	30
hydromorphone hcl	32		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>IPRATROPIUM</i>	28	KIONEX	53
<i>BROMIDE/ALBUTEROL SULFATE</i>		KISQALI	45
<i>irbesartan</i>	5	KISQALI FEMARA 400 DOSE	43
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	4	KISQALI FEMARA 600 DOSE	43
<i>ISENTRESS</i>	51	<i>KLOR-CON 10</i>	53
<i>ISENTRESS HD</i>	51	<i>KLOR-CON 8</i>	53
<i>ISONIAZID</i>	41	<i>klor-con m10</i>	53
<i>ISOSORBIDE DINITRATE</i>	7	<i>klor-con m15</i>	53
<i>isosorbide mononitrate</i>	7	<i>klor-con m20</i>	53
<i>isosorbide mononitrate er</i>	7	<i>KLOXXADO</i>	27
<i>isotretinoin</i>	11	<i>KOMZIFTI</i>	43
<i>ISTURISA</i>	15	<i>KOSELUGO</i>	45
<i>ITOVEBI</i>	43	<i>KOURZEQ</i>	10
<i>ITRACONAZOLE</i>	42	<i>KRAZATI</i>	45
<i>IVABRADINE HYDROCHLORIDE</i>	4	<i>kurvelo</i>	17
<i>ivermectin</i>	47	<i>LABETALOL HYDROCHLORIDE</i>	3
<i>IWILFIN</i>	43	<i>lacosamide</i>	37
<i>IXIARO</i>	24	<i>lactulose</i>	13
<i>JAIMIESS</i>	17	<i>LAGEVRIO</i>	53
<i>JAKAFI</i>	45	<i>lamivudine</i>	52
<i>jantoven</i>	54	<i>LAMIVUDINE</i>	53
<i>JANUMET</i>	55	<i>lamivudine/zidovudine</i>	52
<i>JANUMET XR</i>	55	<i>lamotrigine</i>	38
<i>JANUVIA</i>	55	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	38
<i>JARDIANCE</i>	7	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	38
<i>JAYPIRCA</i>	45	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	38
<i>JENTADUETO</i>	55	<i>lansoprazole</i>	15
<i>JENTADUETO XR</i>	55	<i>LANTUS</i>	57
<i>JINTELI</i>	17	<i>LANTUS SOLOSTAR</i>	57
<i>JUBBONTI</i>	8	<i>LAPATINIB DITOSYLATE</i>	45
<i>JUBLIA</i>	42	<i>LARIN 1.5/30</i>	17
<i>JULUCA</i>	51	<i>larin 1/20</i>	17
<i>JUNEL 1.5/30</i>	17	<i>larin fe 1.5/30</i>	17
<i>JUNEL 1/20</i>	17	<i>larin fe 1/20</i>	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	17	<i>latanoprost</i>	27
<i>junel fe 1/20</i>	17	<i>LAZCLUZE</i>	43
<i>JYLAMVO</i>	23	<i>leflunomide</i>	23
<i>JYNNEOS</i>	24	<i>LENALIDOMIDE</i>	42
<i>KALETRA</i>	50	<i>LENVIMA 10 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KALYDECO</i>	28	<i>LENVIMA 12MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KARIVA</i>	17	<i>LENVIMA 14 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KELNOR 1/35</i>	17	<i>LENVIMA 18 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KERENDIA</i>	5	<i>LENVIMA 20 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KESIMPTA</i>	8	<i>LENVIMA 24 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KETOCONAZOLE</i>	42	<i>LENVIMA 4 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>KETOROLAC TROMETHAMINE</i>	26	<i>LENVIMA 8 MG DAILY DOSE</i>	45
<i>ketorolac tromethamine</i>	33	<i>LESSINA</i>	17
<i>KINERET</i>	21	<i>LETROZOLE</i>	44
<i>KINRIX</i>	24	<i>leucovorin calcium</i>	43

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>LEUKERAN</i>	42	<i>lubiprostone</i>	13
<i>leuprolide acetate</i>	20	<i>luizza 1.5/30</i>	17
LEVALBUTEROL HYDROCHLORIDE	31	<i>luizza 1/20</i>	17
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	31	LUMAKRAS	45
<i>levetiracetam</i>	38	LUMIGAN	27
<i>levetiracetam er</i>	38	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	20
<i>levobunolol hcl</i>	25	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	20
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	29	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	20
<i>levofloxacin</i>	26	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	20
<i>levofloxacin</i>	36	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	20
<i>levofloxacin in d5w</i>	36	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	20
<i>levonest</i>	17	LURASIDONE HYDROCHLORIDE	49
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	17	LUTERA	17
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	17	LYBALVI	49
<i>levothyroxine sodium</i>	19	<i>lyleq</i>	19
<i>levoxyl</i>	19	LYLLANA	17
<i>l-glutamine</i>	58	LYNPARZA	46
<i>lidocaine</i>	33	LYSODREN	43
<i>lidocaine viscous</i>	10	LYTGOBI	46
<i>lidocaine/prilocaine</i>	33	LYUMJEV	57
LILETTA	19	LYUMJEV KWIKPEN	57
<i>linezolid</i>	34	LYZA	19
LINZESS	13	MAGNESIUM SULFATE	53
<i>liomny</i>	19	<i>malathion</i>	13
LIOTHYRONINE SODIUM	19	<i>maraviroc</i>	50
<i>lisinopril</i>	6	<i>marlissa</i>	17
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	4	MARPLAN	39
<i>lithium</i>	27	MATULANE	42
<i>lithium carbonate</i>	27	MAVYRET	51
<i>lithium carbonate er</i>	27	MAYZENT	8
LIVMARLI	14	MAYZENT STARTER PACK	8
LIVTENCITY	50	MECLIZINE HCL	41
LOJAIMIESS	17	MECLIZINE HYDROCHLORIDE	41
LOKELMA	53	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	19
<i>lomustine</i>	42	<i>mefloquine hydrochloride</i>	48
LONSURF	43	<i>megestrol acetate</i>	19
<i>loperamide hydrochloride</i>	13	MEKINIST	46
LOPINA VIR/RITONAVIR	50	MEKTOVI	46
<i>lorazepam</i>	33	MELEYA	19
<i>lorazepam intensol</i>	33	MELOXICAM	33
LORBRENA	45	<i>memantine hcl titration pak</i>	1
<i>losartan potassium</i>	5	<i>memantine hydrochloride</i>	1
LOSARTAN	4	<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	1
POTASSIUM/HYDROCHLOROTHIAZI DE		<i>menquadfi</i>	24
LOTEMAX SM	26	MENVEO	24
<i>lovastatin</i>	5	<i>mercaptapurine</i>	43
LOW-OGESTREL	17	MEROPENEM	35
<i>loxapine</i>	48	<i>mesalamine</i>	7
		<i>mesalamine er</i>	7

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>mesna</i>	43	<i>morphine sulfate</i>	32
<i>metformin hydrochloride</i>	55	<i>morphine sulfate er</i>	32
<i>metformin hydrochloride er</i>	55	MOUNJARO	55
<i>methadone hcl</i>	32	MOVANTIK	13
<i>methadone hydrochloride</i>	32	MOXIFLOXACIN	36
<i>methimazole</i>	20	HYDROCHLORIDE/SODIUM	
<i>methocarbamol</i>	57	HYDROCHLORIDE	
<i>methotrexate</i>	23	MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE	26
<i>methotrexate sodium</i>	23	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	36
<i>methsuximide</i>	36	MRESVIA	24
<i>methyl dopa</i>	4	<i>mupirocin</i>	13
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	9	MYCOPHENOLATE MOFETIL	23
<i>methylprednisolone</i>	19	<i>mycophenolic acid dr</i>	24
<i>methylprednisolone dose pack</i>	19	MYRBETRIQ	15
<i>metoclopramide hcl</i>	14	<i>nabumetone</i>	33
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	14	NADOLOL	3
<i>metolazone</i>	6	<i>nafcillin sodium</i>	35
<i>metoprolol succinate er</i>	3	<i>naloxone hydrochloride</i>	27
<i>metoprolol tartrate</i>	3	<i>naltrexone hydrochloride</i>	27
<i>metronidazole</i>	11	<i>naproxen</i>	33
<i>metronidazole</i>	34	<i>naproxen dr</i>	33
<i>metronidazole vaginal</i>	34	NATACYN	26
<i>metyrosine</i>	4	<i>nateglinide</i>	55
<i>mexiletine hydrochloride</i>	5	NAYZILAM	38
<i>micafungin</i>	42	<i>nebivolol hydrochloride</i>	3
<i>microgestin 1.5/30</i>	17	NECON 0.5/35-28	17
<i>microgestin 1/20</i>	17	<i>nefazodone hydrochloride</i>	40
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	17	<i>neomycin sulfate</i>	33
<i>microgestin fe 1/20</i>	17	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	26
<i>midodrine hydrochloride</i>	5	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	26
MIEBO	25	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	26
<i>mifepristone</i>	20	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	26
MIGLUSTAT	58	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	31
<i>mili</i>	17	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	31
<i>mimvey</i>	17	NERLYNX	46
<i>minocycline hcl</i>	36	NEULASTA	55
<i>minocycline hydrochloride</i>	36	NEVIRAPINE	52
<i>minoxidil</i>	7	NEVIRAPINE ER	52
<i>mirtazapine</i>	39	NEXLETOL	6
<i>mirtazapine odt</i>	39	NEXLIZET	6
<i>misoprostol</i>	15	NEXPLANON	19
M-M-R II	24	NIACIN ER	6
<i>modafinil</i>	10	NICOTROL NS	27
MODEYSO	43	<i>nifedipine er</i>	3
<i>moexipril hydrochloride</i>	6	NILOTINIB D-TARTRATE	46
MOLINDONE HYDROCHLORIDE	48	<i>nilotinib hydrochloride</i>	46
<i>mometasone furoate</i>	12	<i>nilutamide</i>	42
<i>mometasone furoate</i>	30	<i>nimodipine</i>	3
<i>montelukast sodium</i>	30		

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>NINLARO</i>	46	OFEV	28
<i>nitazoxanide</i>	48	OFLOXACIN	26
<i>NITISINONE</i>	58	OFLOXACIN	31
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	34	OGSIVEO	43
<i>nitrofurantoin</i>	34	OJEMDA	43
<i>monohydrate/macrocrystals</i>		OJJAARA	46
<i>nitroglycerin</i>	7	OLANZAPINE	49
<i>NITROGLYCERIN</i>	14	OLANZAPINE ODT	49
<i>nitroglycerin transdermal</i>	7	<i>olmesartan medoxomil</i>	5
<i>NIZATIDINE</i>	14	<i>olmesartan</i>	4
<i>nora-be</i>	19	<i>medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	18	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	6
<i>norethindrone</i>	19	<i>omeprazole</i>	15
<i>norethindrone acetate</i>	19	<i>omeprazole dr</i>	15
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	18	<i>ondansetron hcl</i>	41
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	18	<i>ondansetron hydrochloride</i>	41
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	18	<i>ondansetron odt</i>	41
<i>nortrel 1/35</i>	18	ONUREG	43
<i>nortrel 7/7/7</i>	18	OPIPZA	49
<i>nortriptyline hcl</i>	39	OPSUMIT	29
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	39	OPVEE	27
<i>NORVIR</i>	50	ORENCIA	21
<i>NOVOLIN 70/30</i>	57	ORENCIA CLICKJECT	21
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	57	ORENITRAM	29
NOVOLIN N	57	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29
NOVOLIN N FLEXPEN	57	1	
NOVOLIN R	57	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29
NOVOLIN R FLEXPEN	57	2	
NOVOLOG	57	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29
NOVOLOG FLEXPEN	57	3	
NOVOLOG MIX 70/30	57	ORGOVYX	20
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	57	ORKAMBI	29
FLEXPEN		ORPHENADRINE CITRATE ER	57
NOVOLOG PENFILL	57	ORQUIDEA	19
NUBEQA	43	ORSERDU	43
NUCALA	28	OSELTAMIVIR PHOSPHATE	51
NUEDEXTA	10	OSENVELT	8
NUPLAZID	49	OSPHERA	16
NUTRILIPID	31	OTEZLA	11
NYAMYC	42	OTEZLA	21
NYLIA 1/35	18	OXAPROZIN	33
<i>nylia 7/7/7</i>	18	OXCARBAZEPINE	37
<i>nystatin</i>	42	<i>oxybutynin chloride</i>	15
<i>nystatin/triamcinolone acetate</i>	11	<i>oxybutynin chloride er</i>	15
<i>nystop</i>	42	<i>oxycodone hydrochloride</i>	32
<i>octreotide acetate</i>	20	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	32
ODACTRA	21	OZEMPIC	55
ODEFSEY	52	PACERONE	5
ODOMZO	46	PALIPERIDONE ER	49

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PANRETIN	47	PIROXICAM	33
<i>pantoprazole sodium</i>	15	<i>pitavastatin calcium</i>	5
PARICALCITOL	8	PLENAMINE	53
<i>paroxetine hcl</i>	40	<i>podofilox</i>	11
<i>paroxetine hydrochloride</i>	40	POLYMYXIN B	26
PAXLOVID	53	SULFATE/TRIMETHOPRIM SULFATE	
<i>pazopanib hydrochloride</i>	46	<i>pomalidomide</i>	42
PEDIARIX	24	<i>portia-28</i>	18
PEDVAX HIB	24	<i>posaconazole</i>	42
PEG-3350/ELECTROLYTES	14	<i>posaconazole dr</i>	42
PEG-3350/NACL/NA	14	<i>potassium chloride</i>	54
BICARBONATE/KCL		<i>potassium chloride er</i>	54
PEGASYS	22	<i>potassium citrate er</i>	54
PEGASYS	24	PRALUENT	6
PEMAZYRE	46	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2
PENBRAYA	24	PRASUGREL HYDROCHLORIDE	54
PENICILLAMINE	53	<i>pravastatin sodium</i>	5
PENICILLIN G SODIUM	35	<i>praziquantel</i>	47
<i>penicillin v potassium</i>	35	<i>prazosin hydrochloride</i>	2
PENMENVY	24	<i>prednisolone</i>	19
PENTACEL	24	<i>prednisolone acetate</i>	26
PENTAMIDINE ISETHIONATE	48	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	19
PENTOXIFYLLINE ER	4	<i>prednisone</i>	19
<i>perampanel</i>	38	<i>pregabalin</i>	37
<i>perindopril erbumine</i>	6	PREMARIN	18
PERIOGARD	10	PREMPHASE	18
<i>permethrin</i>	13	PREMPRO	18
PERPHENAZINE	48	PRENATAL	54
PERSERIS	49	PREVALITE	6
<i>phenelzine sulfate</i>	39	PREVYMIS	50
PHENOBARBITAL	37	PREZCOBIX	50
<i>phenytek</i>	38	PREZISTA	50
<i>phenytoin</i>	38	PRIFTIN	41
<i>phenytoin sodium extended</i>	38	PRIMAQUINE PHOSPHATE	48
PIFELTRO	52	PRIMIDONE	37
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	10	PRIORIX	24
PILOCARPINE HYDROCHLORIDE	25	PRIVIGEN	22
<i>pimecrolimus</i>	13	PROAIR RESPICLICK	31
<i>pimozide</i>	48	PROBENECID	7
<i>pimtreea</i>	18	PROBENECID/COLCHICINE	7
<i>pindolol</i>	3	<i>prochlorperazine</i>	41
<i>pioglitazone hcl</i>	56	<i>prochlorperazine maleate</i>	41
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	56	PROCRIT	55
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	56	<i>procto-med hc</i>	7
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	35	PROCTOSOL HC	7
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	46	<i>proctozone-hc</i>	7
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	46	<i>progesterone</i>	19
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	46	PROGRAF	24
PIRFENIDONE	28	PROLASTIN-C	58

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PROMETHAZINE HCL	41	REVUFORJ	43
PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE	41	REXTOVY	27
<i>promethegan</i>	41	REXULTI	49
<i>propafenone hydrochloride</i>	5	REYATAZ	50
<i>propranolol hcl</i>	3	REZDIFFRA	19
<i>propranolol hydrochloride</i>	3	REZLIDHIA	46
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	REZUROCK	24
<i>propylthiouracil</i>	20	RHOPRESSA	25
PROQUAD	24	RIBAVIRIN	51
<i>protriptyline hcl</i>	39	RIFABUTIN	41
PRUCALOPRIDE	13	<i>rifampin</i>	41
PULMOZYME	29	<i>riluzole</i>	10
<i>pyrazinamide</i>	41	RINVOQ	21
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE	2	RINVOQ LQ	21
<i>pyrimethamine</i>	48	RISEDRONATE SODIUM	8
PYRUKYND	58	RISPERIDONE	50
PYRUKYND TAPER PACK	58	<i>risperidone er</i>	49
QINLOCK	46	<i>risperidone odt</i>	50
QUADRACEL	25	<i>ritonavir</i>	50
QUETIAPINE FUMARATE	49	<i>rivaroxaban</i>	54
QUETIAPINE FUMARATE ER	49	<i>rivastigmine tartrate</i>	1
<i>quinapril hydrochloride</i>	6	<i>rivastigmine transdermal system</i>	1
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	4	<i>rivelsa</i>	18
<i>quinidine sulfate</i>	5	RIVFLOZA	31
<i>quinine sulfate</i>	48	<i>rizatriptan benzoate</i>	1
QULIPTA	2	RIZATRIPTAN BENZOATE ODT	1
QVAR REDIHALER	30	ROCKLATAN	26
RABAVERT	25	<i>roflumilast</i>	31
RABEPRAZOLE SODIUM	15	ROMVIMZA	46
RALDESY	40	<i>ropinirole hcl</i>	2
<i>raloxifene hydrochloride</i>	16	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE	2
RAMIPRIL	6	<i>rosuvastatin calcium</i>	5
<i>ranolazine er</i>	4	<i>rosyrah</i>	18
<i>rasagiline mesylate</i>	2	ROTARIX	25
RAYALDEE	8	ROTATEQ	25
REBIF	9	ROWEEPRA	38
REBIF REBIDOSE	8	ROZLYTREK	46
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	8	RUBRACA	46
REBIF TITRATION PACK	8	RUFINAMIDE	38
RECOMBIVAX HB	25	RUKOBIA	50
RELISTOR	14	RYBELSUS	56
REPAGLINIDE	56	RYDAPT	46
REPATHA	6	RYTARY	2
REPATHA SURECLICK	6	SACUBITRIL/VALSARTAN	4
RESTASIS	26	SANTYL	11
RESTASIS MULTIDOSE	26	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	58
RETACRIT	55	SAVELLA	9
RETEVMO	46	SAVELLA TITRATION PACK	9
REVCIVI	58	SCEMBLIX	46

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SCOPOLAMINE	41	STIVARGA	46
SECUADO	50	STOBOCLO	8
<i>selegiline hcl</i>	2	STREPTOMYCIN SULFATE	33
SELENIUM SULFIDE	13	STRIBILD	51
SELZENTRY	50	SUBVENITE	38
SEREVENT DISKUS	31	SUBVENITE STARTER KIT/BLUE	38
SERTRALINE HCL	40	<i>subvenite starter kit/green</i>	38
SERTRALINE HYDROCHLORIDE	40	SUBVENITE STARTER KIT/ORANGE	38
<i>setlakin</i>	18	SUCRAID	58
<i>sharobel</i>	19	<i>sucrafate</i>	15
SHINGRIX	25	<i>sulfacetamide sodium</i>	26
SIGNIFOR	20	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone</i>	26
SILDENAFIL CITRATE	29	<i>sodium phosphate</i>	
SILVER SULFADIAZINE	11	SULFADIAZINE	36
SIMBRINZA	26	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	36
<i>simvastatin</i>	5	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	36
<i>sirolimus</i>	24	<i>sulfasalazine</i>	7
SIRTURO	41	<i>sulindac</i>	33
SKYCLARYS	31	<i>sumatriptan</i>	1
SKYRIZI	21	<i>sumatriptan succinate</i>	1
SKYRIZI PEN	21	<i>sunitinib malate</i>	46
SODIUM CHLORIDE	54	SUNLENCA	50
SODIUM CHLORIDE 0.45%	54	SUTAB	14
SODIUM CHLORIDE 0.9%	31	SYMPAZAN	37
SODIUM OXYBATE	10	SYMTUZA	50
<i>sodium phenylbutyrate</i>	58	SYNJARDY	56
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	53	SYNJARDY XR	56
<i>sodium sulfate/potassium</i>	14	TABLOID	43
<i>sulfate/magnesium sulfate</i>		TABRECTA	46
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	51	TACROLIMUS	13
<i>solifenacin succinate</i>	15	TACROLIMUS	24
SOLIQUA 100/33	56	TADALAFIL	15
SOLTAMOX	43	TADALAFIL	29
SOMAVERT	20	TAFINLAR	46
<i>sorafenib tosylate</i>	46	TAGRISSO	47
SOTALOL HCL	5	TALZENNA	47
SOTALOL HYDROCHLORIDE	5	<i>tamoxifen citrate</i>	43
SOTALOL HYDROCHLORIDE (AF)	5	TAMSULOSIN HYDROCHLORIDE	15
SPEVIGO	13	TARINA FE 1/20 EQ	18
SPIRIVA RESPIMAT	30	TAVNEOS	21
<i>spironolactone</i>	5	<i>tazarotene</i>	11
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	4	TAZICEF	35
SPRINTEC 28	18	<i>telmisartan</i>	5
SPRITAM	38	TELMISARTAN/HYDROCHLOROTHIA	4
<i>sps</i>	53	<i>ZIDE</i>	
<i>ssd</i>	11	<i>temazepam</i>	10
STELARA	21	TENIVAC	25
STEQEYMA	21	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	52
STIOLTO RESPIMAT	28	TEPMETKO	47

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>terazosin hcl</i>	15	TRELEGY ELLIPTA	28
TERAZOSIN HYDROCHLORIDE	15	TRELSTAR MIXJECT	20
<i>terbinafine hcl</i>	42	TREMFYA	21
TERCONAZOLE	42	TREMFYA INDUCTION PACK FOR	21
<i>teriparatide</i>	8	CROHNS DISEASE/ULCERATIVE	
<i>testosterone</i>	16	COLITIS	
<i>testosterone cypionate</i>	16	TRESIBA	57
<i>testosterone enanthate</i>	16	TRESIBA FLEXTOUCH	57
<i>testosterone pump</i>	16	TRETINOIN	11
<i>tetrabenazine</i>	10	TRETINOIN	47
<i>tetracycline hydrochloride</i>	36	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	13
THALOMID	42	TRIAMCINOLONE ACETONIDE	10
THEOPHYLLINE ER	31	DENTAL PASTE	
<i>thioridazine hydrochloride</i>	48	<i>triamterene</i>	6
<i>thiothixene</i>	48	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	4
TIADYLT ER	3	<i>triderm</i>	13
TIAGABINE HYDROCHLORIDE	37	<i>trientine hydrochloride</i>	53
TIBSOVO	47	<i>tri-estarylla</i>	18
<i>ticagrelor</i>	54	<i>trifluoperazine hcl</i>	48
TICOVAC	25	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	48
<i>tigecycline</i>	34	<i>trifluridine</i>	26
TIMOLOL MALEATE	2	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2
<i>timolol maleate</i>	25	TRIJARDY XR	56
TINIDAZOLE	34	TRIKAFTA	29
<i>tiotropium bromide</i>	30	<i>trimethoprim</i>	34
TIVICAY	51	<i>tri-mili</i>	18
TIVICAY PD	51	TRIMIPRAMINE MALEATE	39
<i>tizanidine hcl</i>	1	TRINTELLIX	40
<i>tizanidine hydrochloride</i>	1	<i>tri-sprintec</i>	18
TOBRADEX ST	26	TRIUMEQ	52
TOBRAMYCIN	26	TRIUMEQ PD	52
<i>tobramycin</i>	29	TRI-VYLIBRA	18
<i>tobramycin sulfata</i>	33	TRULICITY	56
TOBRAMYCIN/DEXAMETHASONE	26	TRUMENBA	25
<i>tolvaptan</i>	53	TRUQAP	47
<i>topiramate</i>	38	TRYNGOLZA	6
<i>toremifene citrate</i>	43	TUKYSA	47
<i>torpenz</i>	47	TURALIO	47
<i>torseamide</i>	6	TURQOZ	18
TOUJEO MAX SOLOSTAR	57	TWINRIX	25
TOUJEO SOLOSTAR	57	TYENNE	22
TRADJENTA	56	TYMLOS	8
<i>tramadol hydrochloride</i>	32	TYPHIM VI	25
TRAMADOL	32	TYRVAYA	27
HYDROCHLORIDE/ACETAMINOPHEN		UBRELVY	2
TRANDOLAPRIL	6	UDENYCA	55
TRANEXAMIC ACID	54	UNITHROID	20
<i>tranylcypromine sulfata</i>	39	URSODIOL	14
<i>trazodone hydrochloride</i>	40	USTEKINUMAB	22

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VALACYCLOVIR HYDROCHLORIDE	51	VOQUEZNA	14
VALCHLOR	42	VOQUEZNA DUAL PAK	34
<i>valganciclovir</i>	50	VOQUEZNA TRIPLE PAK	34
VALGANCICLOVIR HYDROCHLORIDE	50	VORANIGO	43
<i>valproic acid</i>	38	VORICONAZOLE	42
VALSARTAN	5	VOSEVI	51
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	4	VOWST	14
VALTOCO 10 MG DOSE	37	VRAYLAR	50
VALTOCO 15 MG DOSE	37	VUMERITY	9
VALTOCO 20 MG DOSE	37	<i>vyfemla</i>	18
VALTOCO 5 MG DOSE	37	VYLIBRA	18
VALTYA 1/35	18	VYNDAMAX	4
VALTYA 1/50	18	VYVGART HYTRULO	22
VANCOMYCIN HCL	34	VYZULTA	27
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	34	<i>warfarin sodium</i>	54
VANFLYTA	47	WELIREG	58
VAQTA	25	WEZLANA	22
<i>varenicline starting month</i>	27	WINREVAIR	29
<i>varenicline tartrate</i>	27	WIXELA INHUB	28
VARIVAX	25	WYOST	8
VAXCHORA	25	XALKORI	47
VELPHORO	53	XARELTO	55
VELTASSA	53	XARELTO STARTER PACK	55
VENCLEXTA	47	XATMEP	24
VENCLEXTA STARTING PACK	47	XCOPRI	38
VENLAFAXINE HYDROCHLORIDE	40	XDEMVI	26
VENLAFAXINE HYDROCHLORIDE ER	40	XELJANZ	22
VEOZAH	10	XELJANZ XR	22
VERAPAMIL HCL ER	3	XERMELo	13
<i>verapamil hydrochloride</i>	3	XIFAXAN	14
<i>verapamil hydrochloride er</i>	3	XIGDUO XR	56
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR	3	XIIDRA	26
VERQUVO	7	XOFLUZA	51
VERSACLOZ	48	XOLAIR	22
VERZENIO	47	XOLREMDI	55
<i>vienva</i>	18	XOSPATA	47
VIGABATRIN	37	XPOVIO	47
VIGADRONE	37	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	47
VIGAFYDE	37	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	47
<i>vilazodone hydrochloride</i>	40	XTAMPZA ER	32
VIMKUNYA	25	XTANDI	43
<i>viorele</i>	18	XULANE	18
VIRACEPT	50	YARGESA	58
VIREAD	52	YF-VAX	25
VITRAKVI	47	YONSA	43
VIVITROL	27	YUPELRI	30
VIVOTIF	25	<i>yuvafem</i>	18
VIZIMPRO	47	ZAFEMY	18
VONJO	43	ZAFIRLUKAST	30

Nombre del medicamento	Página
ZALEPLON	10
ZARXIO	55
ZEJULA	47
ZELBORAF	47
<i>zelvysia</i>	58
<i>zenatane</i>	11
ZENPEP	58
ZIDOVUDINE	52
ZIPRASIDONE HCL	50
<i>ziprasidone mesylate</i>	50
ZIRGAN	26
ZOKINVY	31
ZOLINZA	43
<i>zolmitriptan</i>	1
<i>zolpidem tartrate</i>	10
ZOLPIDEM TARTRATE ER	10
ZONISADE	38
ZONISAMIDE	38
<i>zovia 1/35</i>	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 مجاناً. اتصل على الرقم- أو تحدث إلى مقدم الخدمة

Urdu: دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان میں مدد کی خدمات اور مفت مواصلات

دوسرے فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-866-535-8343 پر کال کریں۔

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng 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।

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات رایگان کمک زبانی و ارتباطات رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، برای شما

تماس بگیرید 1-866-535-8343. (TTY: 711) در دسترس است. با شماره **Persian**

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

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

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

Japanese:

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

Laotian: ຄຳນຳ: 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	<p>1-866-535-8343</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.</p>
FAX	713-442-5450
ESCRIBE	<p>KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832</p>
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	<p>1-800-735-2989</p> <p>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.</p>
ESCRIBE	<p>701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751</p>
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.*