



Formulario de Prominence N. 4

PROMINENCE MEDICARE ADVANTAGE

Formulario 2026(Lista de medicamentos cubiertos)

Planes que utilizan este formulario:
Diabetes and Heart Giveback (HMO CSNP) - Washoe

POR FAVOR LEA:

En este documento se incluye información relacionada con los medicamentos que tienen cobertura, según este plan. ID de presentación del archivo del formulario aprobado por HPMS: 26438, número de versión: 14

Este formulario se actualizó el 05/21/2026. Para obtener más información reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para miembros de Prominence Health al 833-775-MEDS (6337). Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre o visite [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Prominence Health

Formulario 2026

Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos"

LEA ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

26438

Este formulario se actualizó el **05/21/2026**. Si desea información más reciente o tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para Afiliados del Prominence Health al 833-775-MEDS (6337) o, para usuarios de TTY, 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre o visite ProminenceMedicare.com.

Nota para los afiliados existentes: Este formulario ha cambiado con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) hace referencia a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Prominence Health Plan. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a Prominence en los planes de Medicare Advantage.

Este documento incluye la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan, que está actualizada al **05/21/2026**. Si desea obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos (formulario) por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para utilizar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2026 y eventualmente durante el año.

¿Qué es el Formulario del Prominence Health?

En este documento, utilizamos los términos lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Prominence Health en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias con receta que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general cubriremos los medicamentos enumerados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, que una farmacia de la red de Prominence surta la receta y que se cumplan 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 con receta cubiertos por Prominence Health, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

El 1 de enero se producen la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos del formulario, que los traslademos a diferentes niveles de costos compartidos o que agreguemos nuevas restricciones durante el transcurso del año. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: <https://prominencemedicare.com/get-care/prescription-drugs-part-d/prescription-forms-and-resources/>

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero se lo trasladará de inmediato a un nivel diferente de costos compartidos o se agregarán nuevas restricciones.

Podremos realizar estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba incluido en el formulario (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original en 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 antes de realizar el cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el cambio específico realizado.

Si hacemos dicho cambio, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Prominence Health?"

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) determina que es retirado por razones de seguridad o eficacia, es posible que retiremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y posteriormente proporcionemos un aviso a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar uno de marca que actualmente se encuentra en el formulario o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en el formulario, agregar nuevas restricciones o trasladar un medicamento que

mantenemos en el formulario a un nivel de costos compartidos más alto, o ambos después de agregar el medicamento correspondiente. Es posible que realicemos cambios basados en nuevas directrices clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado en un medicamento o trasladamos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos notificar el cambio a los afiliados afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Como alternativa, cuando un afiliado solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción 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 del Prominence Health?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 2026 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2026, excepto en las condiciones descritas anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles durante el resto del año de cobertura, en la misma categoría de costos compartidos y sin nuevas restricciones, para aquellos afiliados que los toman. Este año no recibirá ninguna notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarán, y es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir del **05/21/2026**. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Prominence, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. Si se produce un cambio al formulario a mediados del año que no sea de mantenimiento, actualizaremos los formularios impresos con una hoja de erratas.

¿Cómo uso este formulario?

Existen dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la **página 14**. Los medicamentos de este formulario se agrupan por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se encuentran en la categoría, fármacos cardiovasculares. Si sabe cuál es el uso de su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la **página 12**. Después busque el nombre del medicamento en esta categoría.

Lista por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría debe buscar, busque su medicamento en el índice que comienza en la **página 91**. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en este índice. Busque en el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de la página donde encontrará información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Prominence Health cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, 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, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener un genérico, estos tienen alternativas denominadas 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 los de marca.

Para información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, de la 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 límites o requisitos adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites incluyen:

- **Autorización previa** Prominence Health requiere que usted (o su médico tratante) obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene una aprobación, es posible que no brindemos cobertura para el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, el Prominence Health limita la cantidad de medicamentos que cubrirá. Por ejemplo, Prominence Health proporciona 60 comprimidos para Eliquis por receta. Esto puede ser adicional al suministro estándar para

uno o tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Prominence Health requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que brindemos cobertura de otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B a menos que haya intentado el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

Para averiguar si el medicamento tiene límites o requisitos adicionales, consulte el formulario que comienza en la **página 14**. También puede visitar nuestro sitio web si desea obtener más información relacionada con las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado en línea los documentos donde se explican las restricciones aplicables a la autorización previa y al tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede solicitarle a Prominence Health que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su afección de salud. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario del Prominence Health?" en la **página 6** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en el Formulario?

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

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

- Puede solicitarle a Servicios para Afiliados una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Prominence Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nosotros.
- Puede solicitarle a Prominence Health que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la información que aparece a continuación acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario del Prominence Health?

Puede solicitarle al Prominence Health que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos,

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si este no se encuentra incluido en nuestro formulario. De ser aprobado, este medicamento se cubrirá a un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podría solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede solicitarnos que eliminemos las restricciones de cobertura incluida la autorización previa, el tratamiento escalonado o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo,

para ciertos medicamentos, Prominence Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eximamos dicho límite y cubramos una mayor cantidad.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que dicho medicamento se encuentre en el nivel de especialidad. De ser aprobado, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Prominence Health aprobará su solicitud de excepción únicamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos 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 tratante deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario o a los niveles, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción, su médico tratante deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas posteriores a la obtención de la documentación de respaldo por parte de la persona que receta. Puede solicitar una decisión expedita (rápida) si usted considera y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente afectada si espera hasta 72 horas por la decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico tratante solicita una decisión rápida, debemos proporcionarle la decisión a más tardar 24 horas posteriores a la obtención de la documentación de respaldo de su médico tratante.

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

Como afiliado nuevo o con continuidad en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentran incluidos en nuestro formulario. O bien, podría estar tomando un medicamento que figura en nuestro formulario, pero que cuenta con una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico tratante sobre cómo solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que tenga cobertura o solicitar una excepción al formulario para que brindemos la cobertura del medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. En caso de que la receta indique menos días, le permitiremos el surtido para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

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

A los afiliados que tengan cambios en su nivel de atención (entorno) se les permitirá hasta un suministro único de transición de 31 días por medicamento. Por ejemplo, afiliados que: Ingresan a los centros de atención a largo plazo (LTC) de hospitales, en ocasiones, vienen acompañados de una lista

de alta de los medicamentos del formulario del hospital, con una planificación a muy corto plazo tomada en cuenta, por lo general, por menos de 8 horas.

- Son dados de alta de un hospital a un hogar.
- Finalizan la estadía en el centro de enfermería especializada de Medicare Parte A, donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia, y deben volver a su formulario del plan de la Parte D.
- Finalizan una estadía en un centro de atención a largo plazo y regresar a la comunidad. Si un afiliado tiene más de un cambio en el nivel de atención en un mes, la farmacia deberá llamarnos para solicitar una extensión de la política de transición.

Para obtener información adicional

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Prominence Health, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

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

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

Formulario de Prominence Health Plan

El siguiente formulario, que comienza en la siguiente página, proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la **página 91**.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas (por ejemplo, COUMADIN) y los genéricos se encuentran en minúsculas, por ejemplo, warfarina.)

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Prominence Health Plan cuenta con requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

- **PA BvD: restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D.** Este medicamento con receta 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 dependiendo de las circunstancias. Es posible que deba enviarse información que describa el uso y los parámetros de uso del medicamento para tomar una decisión.
- **QL: Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Prominence Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Prominence Health Plan proporciona doce comprimidos de succinato de sumatriptán por receta. Esto puede ser adicional al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Prominence Health Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que brindemos cobertura de otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica es posible que no

cubramos el medicamento B a menos que haya intentado el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

- **PA: Autorización previa:** Prominence Health Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene una aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **PA NSO: Restricción de autorización previa solo para inicios nuevos:** Si no hay pruebas de que haya tomado este medicamento con anterioridad, usted, (o el médico) deben obtener autorización previa del plan antes de surtir la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
- **NDS: Suministro para días no prolongados** Los medicamentos que no están disponibles para días no prolongados (es decir, un suministro de más de un mes) se indican con "NDS" en la columna requisitos/límites de su formulario.
- **GC: Período sin cobertura:** Proporcionamos la cobertura de este medicamento con receta durante el período sin cobertura, si su plan le proporciona cobertura durante las brechas. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.
- **LA: Disponibilidad limitada:** Es posible que esta receta solo esté disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para Afiliados al 1-844-587-7389, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **EX; CB: Beneficio limitado de la Parte D excluido:** Medicamentos cubiertos por el plan que están excluidos por la ley de Medicare que están cubiertos por su plan como medicamento complementario o de bonificación, pero que no cuentan para la TrOOP.
- **NM: No disponible para envío por correo:** Por lo general, se trata de medicamentos que deben solicitarse en una farmacia especializada y están catalogados como medicamentos de NIVEL 5 y están restringidos a un suministro de 30 días.

Abreviaturas de Formas de Dosificación y Rutas de Administración

Descripción	Abreviatura
buccal tablet [tableta bucal]	bucc tab
cartridge [cartucho]	cart
concentrate [concentrado]	conc
cream [crema]	crm
delayed release [liberación tardía]	dr
emulsion [emulsión]	emul
extended release [liberación prolongada]	er
external [externo]	ext
external liquid [líquido externo]	ext liq
external packet [paquete externo]	ext pckt
external shampoo [champú externo]	shampoo
external swab [hisopo externo]	swab
gel [gel]	gel
inhalation aerosol powder breath activated [polvo en aerosol activado por respiración para inhalación]	inh aer pwdr br act
inhalation aerosol solution [solución en aerosol para inhalación]	inh aer
inhalation capsule [cápsula para inhalación]	inh cap
inhalation inhaler [inhalador para inhalación]	inhaler
inhalation nebulization solution [solución para inhalación por nebulización]	inh neb soln
inhalation solution [solución para inhalación]	inh soln
inhalation suspension [suspensión para inhalación]	inh susp
injection / injectable [inyección / inyectable]	inj
injection device [dispositivo inyectable]	inj dev
intramuscular injectable [inyectable intramuscular]	im inj
intramuscular oil [aceite intramuscular]	im oil
intravenous injectable [inyectable intravenoso]	iv inj
irrigation solution [solución para irrigación]	irrig soln
lotion [loción]	lot
miscellaneous [misceláneo]	misc
mouth/throat paste [pasta para boca/garganta]	m/t paste
nasal inhaler [inhalador nasal]	nasal inh
ointment [ungüento]	oint
ophthalmic [oftálmico]	ophth

Descripción	Abreviatura
ophthalmic gel forming solution [solución formadora de gel para uso oftálmico]	ophth gfs
oral capsule [cápsula oral]	cap
oral capsule delayed release particles [cápsula oral de partículas de liberación tardía]	cap dr prt
oral capsule sprinkle [cápsula oral para espolvorear]	cap sprinkle
oral elixir [elixir oral]	oral elix
oral granules [gránulos orales]	oral gr
oral packet [paquete oral]	pckt
oral syrup [jarabe oral]	syr
oral tablet [tableta oral]	tab
oral tablet abuse-deterrent [tableta oral para disuasión de abuso]	tab abuse-deterr
oral tablet chewable [tableta oral masticable]	tab chew
oral tablet disintegrating [tableta de desintegración oral]	tab disint
oral tablet disintegrating soluble [tableta oral de desintegración soluble]	tab disint sol
oral tablet dispersible [tableta oral dispersable]	odt
oral tablet soluble [tableta oral soluble]	tab sol
oral therapy pack [paquete de terapia oral]	pack
pen-injector [inyector tipo pluma]	pen-inj
powder [polvo]	pwdr
prefilled syringe [jeringuilla precargada]	pfs
rectal [rectal]	rect
solution [solución]	soln
subcutaneous [subcutáneo]	sc
sublingual film [cinta sublingual]	subl film
sublingual tablet [tableta sublingual]	tab subl
suppository [supositorio]	supp
suspension [suspensión]	susp
transdermal [transdermal]	td
transdermal patch [parcho transdermal]	td patch
transdermal patch biweekly [parcho transdermal bisemanal]	tdsw patch
transdermal patch weekly [parcho transdermal semanal]	tdwk patch
vaginal [vaginal]	vag

Tabla de Contenido

ANALGÉSICOS	14
ANESTÉSICOS	16
AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	16
ANTIBACTERIANOS	17
ANTICONVULSIVOS	22
AGENTES ANTIDEMENCIA	25
ANTIDEPRESIVOS	26
ANTIEMÉTICOS	29
ANTIFUNGALES	29
AGENTES CONTRA LA GOTA	30
AGENTES ANTIMIGRAÑA	31
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS	31
ANTIMICOBACTERIANOS	31
ANTINEOPLÁSICOS	32
ANTIPARASITARIOS	39
AGENTES ANTIPARKINSON	40
ANTIPSICÓTICOS	41
AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD	44
ANTIVIRALES	44
ANSIOLÍTICOS	47
AGENTES PARA BIPOLARIDAD	47
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE	48
PRODUCTOS PARA LA SANGRE Y MODIFICADORES	51
PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN	51
AGENTES CARDIOVASCULARES	53
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	59
AGENTES DENTALES Y ORALES	62
AGENTES DERMATOLÓGICOS	62
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS	64
AGENTES GASTROINTESTINALES	66
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	68
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	68
AGENTES GENITOURINARIOS	68
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (ADRENALES)	69
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA)	71

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) 71

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES) 77

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA) 77

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE) 78

AGENTES INMUNOLÓGICOS 78

AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO 83

AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO 83

AGENTES OFTÁLMICOS 84

AGENTES ÓTICOS 86

AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO/PULMONAR 86

RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS 90

AGENTES PARA DESÓRDENES DEL SUEÑO 90

Lista de Drogas en Formulario

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
CATEGORÍA TERAPÉUTICA			
Clase Terapéutica			
ANALGÉSICOS			
Analgésicos (Productos en Combinación)			
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	TYLENOL WITH CODEINE	QL(4500 / 30)
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	2	TYLENOL WITH CODEINE	QL(180 / 30)
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab</i>	2	TYLENOL WITH CODEINE	QL(360 / 30)
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	2	ESGIC	QL(180 / 30), HR
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	4	FIORINAL	QL(180 / 30), HR
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15ml soln</i>	4	HYCET	QL(2700 / 30)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	2	NORCO	QL(180 / 30)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	2	NORCO	QL(240 / 30)
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg tab</i>	2	VICOPROFEN	QL(150 / 30)
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	2	PERCOCET	QL(180 / 30)
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	2	PERCOCET	QL(240 / 30)
<i>oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab</i>	2	PERCOCET	QL(360 / 30)
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	2	ULTRACET	QL(300 / 30)
Medicamentos Antiinflamatorios No-Esteroidales			
<i>celecoxib 100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap</i>	2	CELEBREX	QL(60 / 30)
<i>diclofenac epolamine 1.3 % patch</i>	4	FLECTOR	PA, QL(60 / 30)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	2	CATAFLAM	QL(120 / 30)
<i>diclofenac sodium 1.5 % ext soln</i>	2	PENNSAID	QL(300 / 30)
<i>diclofenac sodium 2 % ext soln</i>	5	PENNSAID	PA, QL(224 / 28)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	2	VOLTAREN	QL(60 / 30)
<i>diclofenac sodium 50 mg tab dr</i>	2	VOLTAREN	QL(120 / 30)
<i>diclofenac sodium 25 mg tab dr</i>	2	VOLTAREN	QL(150 / 30)
<i>diclofenac sodium 1 % gel</i>	2	VOLTAREN	QL(1000 / 30)
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24 hr</i>	2	VOLTAREN XR	QL(60 / 30)
<i>etodolac 200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab</i>	4	LODINE	
<i>flurbiprofen 100 mg tab</i>	2	ANSAID	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>goodsense arthritis pain 1 % gel</i>	2	VOLTAREN	QL(1000 / 30)
<i>ibu 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	MOTRIN	
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	MOTRIN	
<i>ibuprofen 100 mg/5ml susp</i>	2	MOTRIN CHILDRENS	
<i>indomethacin 50 mg cap</i>	1	INDOCIN	QL(120 / 30), HR
<i>indomethacin 25 mg cap</i>	1	INDOCIN	QL(240 / 30), HR
<i>ketorolac tromethamine 10 mg tab</i>	2	TORADOL	QL(20 / 30), HR
<i>mefenamic acid 250 mg cap</i>	4	PONSTEL	
<i>meloxicam 15 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	MOBIC	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	NAPROSYN	
<i>naproxen 375 mg tab dr</i>	2	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	2	NAPROSYN	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	CLINORIL	
Analgésicos Opiodes, Larga Duración			
<i>codeine sulfate 30 mg tab, 60 mg tab</i>	2		QL(180 / 30)
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 25 mcg/hr td patch 72 hr, 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	DURAGESIC	QL(10 / 30)
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	DURAGESIC	QL(10 / 30)
<i>fentanyl citrate 200 mcg bucc lozg on hd</i>	3	ACTIQ	PA, QL(120 / 30)
<i>fentanyl citrate 1200 mcg bucc lozg on hd, 1600 mcg bucc lozg on hd, 400 mcg bucc lozg on hd, 600 mcg bucc lozg on hd, 800 mcg bucc lozg on hd</i>	5	ACTIQ	PA, QL(120 / 30)
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	DILAUDID	QL(180 / 30)
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liq</i>	2	DILAUDID	QL(1200 / 30)
<i>hydromorphone hcl pf 10 mg/ml inj soln, 50 mg/5ml inj soln, 500 mg/50ml inj soln</i>	2	DILAUDID	
<i>methadone hcl 5 mg/5ml soln</i>	2		QL(1200 / 30)
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	2	DOLOPHINE	QL(120 / 30)
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	2	DOLOPHINE	QL(180 / 30)
<i>methadone hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	DOLOPHINE	QL(600 / 30)
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er</i>	2	MS CONTIN	QL(60 / 30)
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er, 30 mg tab er</i>	2	MS CONTIN	QL(90 / 30)
<i>oxycodone hcl 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	2	ROXICODONE	QL(120 / 30)
<i>oxycodone hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	2	ROXICODONE	QL(180 / 30)
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml soln</i>	4	ROXICODONE	QL(1300 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>oxycodone hcl er 10 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 20 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 40 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 80 mg tab er 12 hr abuse-deterr</i>	3	OXYCONTIN	QL(60 / 30)
OXYCONTIN 10 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 15 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 20 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 30 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 40 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 60 mg tab er 12 hr abuse-deterr, 80 mg tab er 12 hr abuse-deterr	3		QL(60 / 30)
Analgésicos Opiodes, Corta Duración			
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml soln</i>	2		QL(300 / 30)
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2		QL(700 / 30)
<i>morphine sulfate 30 mg tab</i>	4		QL(120 / 30)
<i>morphine sulfate 15 mg tab</i>	4		QL(180 / 30)
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln</i>	2	ROXANOL	PA, QL(180 / 30)
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	ULTRAM	QL(240 / 30)
ANESTÉSICOS			
Anestésicos Locales			
<i>glydo 2 % External Prefilled Syringe</i>	2	GLYDO	QL(30 / 30)
<i>lidocaine 5 % oint</i>	4		PA [^] ,QL(90 / 30)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	2	LIDODERM	PA [^] ,QL(90 / 30)
<i>lidocaine hcl 1 % inj soln</i>	1	XYLOCAINE	
<i>lidocaine hcl 4 % ext soln</i>	2	XYLOCAINE	PA [^]
<i>lidocaine viscous hcl 2 % m/t soln</i>	2	XYLOCAINE	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % crm</i>	4	EMLA	PA [^] ,QL(30 / 30)
<i>proxivol 2 % gel</i>	2	XYLOCAINE	
<i>tridacaine ii 5 % patch</i>	2	LIDODERM	PA [^] ,QL(90 / 30)
ZTLIDO 1.8 % patch	3		PA [^] ,QL(90 / 30)
AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
Disuasivos del Alcohol/Anti Ansiedad			
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	3	CAMPRAL	
<i>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	ANTABUSE	
Dependencia de Opioides			
<i>lofexidine hcl 0.18 mg tab</i>	5		QL(228 / 14)
Tratamientos para la Dependencia de Opioides			
<i>buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl</i>	2	SUBUTEX	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg tab subl, 8-2 mg tab subl</i>	2	SUBOXONE	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg subl film, 2-0.5 mg subl film, 4-1 mg subl film, 8-2 mg subl film</i>	4	SUBOXONE	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	REVIA	
Agentes para la Reversión de Opioides			
<i>KLOXXADO 8 mg/0.1ml nasal liq</i>	3		QL(4 / 30)
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln pfs</i>	2		
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln, 0.4 mg/ml inj soln cart, 2 mg/2ml inj soln pfs</i>	2	NARCAN	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml nasal liq</i>	3	NARCAN	QL(4 / 30)
<i>NARCAN 4 mg/0.1ml nasal liq</i>	3		QL(4 / 30)
<i>OPVEE 2.7 mg/0.1ml nasal soln</i>	3		
Agentes para la Cesación de Fumar			
<i>bupropion hcl 100 mg tab, 75 mg tab</i>	2	WELLBUTRIN	
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12 hr</i>	2	ZYBAN	
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr</i>	2	WELLBUTRIN SR	
<i>bupropion hcl er (xl) 450 mg tab er 24 hr</i>	2	FORFIVO XL	
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr</i>	2	WELLBUTRIN XL	
<i>NICOTROL NS 10 mg/ml nasal soln</i>	3		
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	CHANTIX	QL(336 / 365)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 MG X 11 & 1 mg x 42 tab pack</i>	2	CHANTIX	
ANTIBACTERIANOS			
Aminoglucósidos			
<i>amikacin sulfate 1 gm/4ml inj soln</i>	4		PA
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml inj soln</i>	4	AMIKIN	PA
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln</i>	1	GARAMYCIN	
<i>gentamicin sulfate 0.1 % crm, 0.1 % oint</i>	2	GARAMYCIN	QL(120 / 30)
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml inj soln</i>	2	GENTAK	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	2		
<i>streptomycin sulfate 1 gm im soln</i>	5		
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	2	TOBREX	
<i>tobramycin sulfate 80 mg/2ml inj soln</i>	4		
Antibacterianos (Productos en Combinación)			
<i>ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm inj soln, 15 (10-5) gm iv soln, 3 (2-1) gm inj soln</i>	3	UNASYN	
<i>imipenem-cilastatin 250 mg iv soln, 500 mg iv soln</i>	3	PRIMAXIN	
<i>piperacillin sod-tazobactam so 2.25 (2-0.25) gm iv soln</i>	3		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>piperacillin sod-tazobactam so 3.375 (3-0.375) gm iv soln, 4.5 (4-0.5) gm iv soln</i>	3	ZOSYN	
<i>piperacillin sod-tazobactam so 40.5 (36-4.5) gm iv soln</i>	4	ZOSYN	
Antibacterianos, Otros			
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	VOSOL	
<i>alcohol preps pad</i>	1		
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	CLEOCIN	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	2	CLEOCIN	
<i>clindamycin phosphate 300 mg/2ml inj soln, 600 mg/4ml inj soln, 9 gm/60ml inj soln, 900 mg/6ml inj soln</i>	2	CLEOCIN	
<i>clindamycin phosphate 1 % swab</i>	2	CLEOCIN-T	
<i>clindamycin phosphate 1 % ext soln</i>	2	CLEOCIN-T	QL(180 / 30)
<i>clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml iv soln</i>	2	CLEOCIN	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg inj soln</i>	5	COLY-MYCIN	PA(*)
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % ext misc</i>	1		
<i>daptomycin 500 mg iv soln</i>	5	CUBICIN	
<i>daptomycin-sodium chloride 1000-0.9 mg/100ml-% iv soln, 350-0.9 mg/50ml-% iv soln, 500-0.9 mg/50ml-% iv soln, 700-0.9 mg/100ml-% iv soln</i>	5		
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm pckt</i>	2	MONUROL	
<i>IMPAVIDO 50 mg cap</i>	5		PA, QL(84 / 28)
<i>linezolid 600 mg tab</i>	2	ZYVOX	
<i>linezolid 600 mg/300ml iv soln</i>	3	ZYVOX	
<i>linezolid 100 mg/5ml susp</i>	5	ZYVOX	
<i>LIVTENCITY 200 mg tab</i>	5		PA
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	2	HIPREX	
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	FLAGYL	
<i>metronidazole 500 mg/100ml iv soln</i>	2	FLAGYL	
<i>metronidazole 0.75 % crm</i>	4	METROCREAM	
<i>metronidazole 0.75 % gel, 0.75 % vag gel</i>	2	METROGEL	
<i>metronidazole 1 % gel</i>	4	METROGEL	
<i>metronidazole 0.75 % lot</i>	4	METROLOTION	
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	BACTROBAN	QL(220 / 30)
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap, 50 mg cap</i>	2	MACRODANTIN	QL(120 / 30), HR
<i>nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap</i>	4	MACRODANTIN	QL(120 / 30), HR
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	MACROBID	QL(60 / 30), HR

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit inj soln</i>	2		
<i>tigecycline 50 mg iv soln</i>	4	TYGACIL	
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	TINDAMAX	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	1	PROLOPRIM	
<i>vancomycin hcl 1 gm iv soln, 750 mg iv soln</i>	2		
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml soln</i>	4		
<i>vancomycin hcl 10 gm iv soln, 500 mg iv soln</i>	2	VANCOCIN	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	4	VANCOCIN	QL(56 / 14)
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	4	VANCOCIN	QL(112 / 14)
<i>XDEMVIY 0.25 % ophth soln</i>	5		PANSO
<i>XIFAXAN 200 mg tab</i>	4		PA, QL(9 / 30)
<i>XIFAXAN 550 mg tab</i>	5		PA, QL(90 / 30)
Beta-Lactámicos, Cefalosporinas			
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	CECLOR	
<i>cefaclor 250 mg/5ml susp</i>	4	CECLOR	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	2	DURICEF	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp, 500 mg/5ml susp</i>	2	DURICEF	
<i>cefazolin sodium 3 gm iv soln</i>	2		
<i>cefazolin sodium 1 gm inj soln, 10 gm inj soln, 500 mg inj soln</i>	2	ANCEF	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	2	OMNICEF	
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp</i>	4	OMNICEF	
<i>cefepime hcl 1 gm inj soln, 2 gm iv soln</i>	3	MAXIPIME	
<i>cefixime 400 mg cap</i>	4	SUPRAX	
<i>cefoxitin sodium 10 gm iv soln</i>	4		
<i>cefoxitin sodium 1 gm iv soln, 2 gm iv soln</i>	4	MEFOXIN	
<i>cefpodoxime proxetil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	2	VANTIN	
<i>cefpodoxime proxetil 100 mg/5ml susp, 50 mg/5ml susp</i>	4	VANTIN	
<i>cefprozil 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	CEFZIL	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp</i>	2	CEFZIL	
<i>ceftaroline fosamil 400 mg iv soln, 600 mg iv soln</i>	5		
<i>ceftazidime 2 gm iv soln</i>	2		
<i>ceftazidime 1 gm inj soln, 6 gm inj soln</i>	2	FORTAZ	
<i>ceftriaxone sodium 1 gm inj soln, 10 gm iv soln, 2 gm inj soln, 250 mg inj soln, 500 mg inj soln</i>	2	ROCEPHIN	
<i>cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	CEFTIN	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm iv soln, 750 mg inj soln</i>	2	ZINACEF	
<i>cephalexin 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	KEFLEX	
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp</i>	2	KEFLEX	
Beta-Lactámicos, Otros			
<i>aztreonam 1 gm inj soln</i>	3	AZACTAM	
EMBLAVEO 1.5-0.5 gm iv soln	4		
<i>ertapenem sodium 1 gm inj soln</i>	4	INVANZ	
<i>meropenem 2 gm iv soln</i>	2		
<i>meropenem 1 gm iv soln, 500 mg iv soln</i>	2	MERREM	
Beta-Lactámicos, Penicilinas			
<i>amoxicillin 250 mg cap, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	AMOXIL	
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp</i>	1	AMOXIL	
<i>amoxicillin 125 mg tab chew, 250 mg tab chew</i>	2	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg tab chew</i>	4	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 600-42.9 mg/5ml susp</i>	4	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	2		
<i>ampicillin sodium 10 gm iv soln, 2 gm inj soln</i>	3		
<i>ampicillin sodium 1 gm inj soln</i>	3	TOTACILLIN-N	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp pfs, 2400000 unit/4ml im susp pfs, 600000 unit/ml im susp pfs	4		
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	DYCILL	
EXTENCILLINE 1200000 unit im susp, 2400000 unit im susp	4		
<i>nafcillin sodium 2 gm inj soln</i>	2		
<i>nafcillin sodium 10 gm iv soln</i>	5		
<i>nafcillin sodium 1 gm inj soln</i>	2	NALLPEN	
<i>penicillin g potassium 20000000 unit inj soln</i>	4	PFIZERPEN	
<i>penicillin v potassium 500 mg tab</i>	1	PEN-VEE K	
<i>penicillin v potassium 250 mg tab</i>	1	VEETIDS	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg/5ml soln</i>	2	VEETIDS	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>pfizerpen 5000000 unit inj soln</i>	4	PFIZERPEN	
Macrólidos			
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 500 mg iv soln, 600 mg tab</i>	2	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp</i>	4	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	BIAXIN	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp</i>	4	BIAXIN	
<i>DIFICID 40 mg/ml susp</i>	5		QL(136 / 10)
<i>ery 2 % pad</i>	2		
<i>erythromycin 2 % ext soln</i>	2	ERYDERM	QL(180 / 30)
<i>erythromycin 2 % gel</i>	4	ERYGEL	QL(180 / 30)
<i>erythromycin 5 mg/gm ophth oint</i>	2	ILOTYCIN	QL(3.5 / 4)
<i>erythromycin base 250 mg tab</i>	4		
<i>erythromycin base 500 mg tab</i>	4	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp</i>	4	ERYPED	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	5		QL(20 / 10)
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	VIGAMOX	
Quinolonas			
<i>BAXDELA 450 mg tab</i>	5		PA, QL(28 / 14)
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	2	CILOXAN	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	CIPRO	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml iv soln</i>	2	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	LEVAQUIN	
<i>levofloxacin 25 mg/ml iv soln, 25 mg/ml soln</i>	4	LEVAQUIN	
<i>levofloxacin in d5w 500 mg/100ml iv soln, 750 mg/150ml iv soln</i>	2	LEVAQUIN	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	4	AVELOX	
<i>moxifloxacin hcl in nacl 400 mg/250ml iv soln</i>	2	AVELOX	
<i>ofloxacin 0.3 % otic soln</i>	2	FLOXIN	
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	2	OCUFLOX	
Sulfonamidas			
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	2	SILVADENE	
<i>ssd 1 % crm</i>	4	SILVADENE	
<i>sulfacetamide sodium 10 % ophth soln</i>	2	BLEPH-10	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lot</i>	4	KLARON	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	3		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg tab, 800-160 mg tab</i>	1	SEPTRA	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp</i>	4	SEPTRA	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml susp</i>	4	SEPTRA	
Tetraciclinas			
<i>doxycycline hyclate 100 mg iv soln</i>	3	DOXY	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	2	PERIOSTAT	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i>	2	VIBRA-TABS	
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap, 50 mg cap</i>	2	VIBRAMYCIN	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	2	ADOXA	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg cap, 50 mg cap</i>	2	MONODOX	
<i>doxycycline monohydrate 25 mg/5ml susp</i>	2	VIBRAMYCIN	
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	2	MINOCIN	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	2	MONODOX	QL(60 / 30)
<i>tetracycline hcl 250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab</i>	4		
ANTICONVULSIVOS			
Anticonvulsivos, Otros			
<i>brivaracetam 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	2		QL(60 / 30)
<i>brivaracetam 10 mg/ml soln</i>	2		QL(600 / 30)
<i>ELEPSIA XR 1000 mg tab er 24 hr, 1500 mg tab er 24 hr</i>	4		
<i>EPIDIOLEX 100 mg/ml soln</i>	5		PANSO
<i>FINTEPLA 2.2 mg/ml soln</i>	5		PANSO
<i>levetiracetam 250 mg tab disint sol</i>	2		
<i>levetiracetam 250 mg tab disint sol, 500 mg tab disint sol</i>	2		QL(120 / 30), ST
<i>levetiracetam 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	KEPPRA	
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln</i>	2	KEPPRA	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	2	KEPPRA XR	
<i>NAYZILAM 5 mg/0.1ml nasal soln</i>	4		QL(10 / 30)
<i>SPRITAM 1000 mg tab disint sol</i>	4		QL(60 / 30), ST
<i>SPRITAM 250 mg tab disint sol, 500 mg tab disint sol, 750 mg tab disint sol</i>	4		QL(120 / 30), ST
Agentes Modificadores de los Canales de Calcio			
<i>CELONTIN 300 mg cap</i>	4		
<i>ethosuximide 250 mg/5ml soln</i>	2	ZARONTIN	
<i>ethosuximide 250 mg cap</i>	3	ZARONTIN	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	2		
<i>pregabalin 225 mg cap, 300 mg cap</i>	2	LYRICA	QL(60 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>pregabalin 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	2	LYRICA	QL(90 / 30)
<i>pregabalin 20 mg/ml soln</i>	4	LYRICA	QL(900 / 30)
ZONISADE 100 mg/5ml susp	4		
<i>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	ZONEGRAN	
Agentes Que Aumentan el Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)			
<i>clobazam 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	ONFI	PANSO, QL(60 / 30)
<i>clobazam 2.5 mg/ml susp</i>	4	ONFI	PANSO, QL(480 / 30)
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	KLONOPIN	QL(90 / 30)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	1	KLONOPIN	QL(300 / 30)
<i>clonazepam 0.125 mg tab disint, 0.25 mg tab disint, 0.5 mg tab disint, 1 mg tab disint</i>	4	KLONOPIN	QL(90 / 30)
<i>clonazepam 2 mg tab disint</i>	4	KLONOPIN	QL(300 / 30)
DIACOMIT 500 mg cap, 500 mg pckt	5		PANSO, QL(180 / 30)
DIACOMIT 250 mg cap, 250 mg pckt	5		PANSO, QL(360 / 30)
<i>diazepam 10 mg rect gel, 2.5 mg rect gel, 20 mg rect gel</i>	4	DIASTAT	
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	VALIUM	QL(120 / 30)
<i>diazepam 5 mg/5ml soln</i>	4	VALIUM	QL(1200 / 30)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml oral conc</i>	4		QL(1200 / 30)
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr sprinkle, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	DEPAKOTE	
<i>divalproex sodium er 250 mg tab er 24 hr, 500 mg tab er 24 hr</i>	2	DEPAKOTE ER	
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	1	NEURONTIN	QL(270 / 30)
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap</i>	1	NEURONTIN	QL(360 / 30)
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	NEURONTIN	QL(120 / 30)
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	NEURONTIN	QL(180 / 30)
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	4	NEURONTIN	QL(2160 / 30)
LIBERVANT 10 mg bucc film, 12.5 mg bucc film, 15 mg bucc film, 5 mg bucc film, 7.5 mg bucc film	4		
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	ATIVAN	QL(90 / 30)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	1	ATIVAN	QL(150 / 30)
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	2		HR
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix</i>	4		HR
<i>primidone 125 mg tab</i>	2		
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	2	MYSOLINE	
SYMPAZAN 5 mg oral film	4		PANSO, QL(60 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
SYMPAZAN 10 mg oral film, 20 mg oral film	5		PANSO, QL(60 / 30)
<i>tiagabine hcl 12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	4	GABITRIL	
<i>valproic acid 250 mg cap</i>	2	DEPAKENE	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 mg/0.1ml nasal liq	4		
VALTOCO 15 MG DOSE 2 x 7.5 mg/0.1ml Nasal Liquid Therapy Pack	4		
VALTOCO 20 MG DOSE 2 x 10 mg/0.1ml Nasal Liquid Therapy Pack	4		
VALTOCO 5 MG DOSE 5 mg/0.1ml nasal liq	4		
<i>vigabatrin 500 mg pckt, 500 mg tab</i>	5	SABRIL	PANSO, QL(180 / 30)
<i>vigadrone 500 mg pckt</i>	5	SABRIL	PANSO, QL(180 / 30)
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	6	SABRIL	
VIGAFYDE 100 mg/ml soln	5		PANSO
ZTALMY 50 mg/ml susp	5		PANSO
Agentes Reductores de Glutamato			
EPRONTIA 25 mg/ml soln	4		QL(480 / 30)
<i>felbamate 400 mg tab, 600 mg tab</i>	4	FELBATOL	
<i>felbamate 600 mg/5ml susp</i>	4	FELBATOL	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	LAMICTAL	
<i>lamotrigine 25 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	2	LAMICTAL	
<i>perampanel 2 mg tab</i>	4		QL(30 / 30), ST
<i>perampanel 10 mg tab, 12 mg tab, 8 mg tab</i>	5		QL(30 / 30), ST
<i>perampanel 4 mg tab, 6 mg tab</i>	5		QL(60 / 30), ST
<i>perampanel 0.5 mg/ml susp</i>	5		QL(720 / 30), ST
SUBVENITE 10 mg/ml susp	3		
<i>topiramate 50 mg cap sprinkle</i>	2		
<i>topiramate 25 mg/ml soln</i>	2		
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	TOPAMAX	
<i>topiramate 15 mg cap sprinkle, 25 mg cap sprinkle</i>	2	TOPAMAX	
XCOPRI 14 x 12.5 MG & 14 x 25 mg tab pack, 14 x 150 MG & 14 x 200 mg tab pack, 14 x 50 MG & 14 x 100 mg tab pack	4		ST
XCOPRI 100 mg tab, 50 mg tab	4		QL(30 / 30), ST
XCOPRI 150 mg tab, 200 mg tab	4		QL(60 / 30), ST
XCOPRI 25 mg tab	4		QL(480 / 30)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 mg tab pack	4		QL(56 / 28), ST

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 mg tab pack	4		QL(56 / 28), ST
Agentes de los Canales de Sodio			
<i>carbamazepine 200 mg tab chew</i>	2		
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	2	TEGRETOL	
<i>carbamazepine 100 mg/5ml susp</i>	4	TEGRETOL	
<i>carbamazepine er 100 mg cap er 12 hr, 200 mg cap er 12 hr, 300 mg cap er 12 hr</i>	4	CARBATROL	
<i>carbamazepine er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 400 mg tab er 12 hr</i>	4	TEGRETOL XR	
DILANTIN 30 mg cap	4		
<i>eslicarbazepine acetate 200 mg tab, 400 mg tab</i>	5		QL(30 / 30), ST
<i>eslicarbazepine acetate 600 mg tab, 800 mg tab</i>	5		QL(60 / 30), ST
<i>lacosamide 10 mg/ml soln</i>	2	VIMPAT	QL(1200 / 30)
<i>lacosamide 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	3	VIMPAT	QL(60 / 30)
MOTPOLY XR 100 mg cap er 24 hr, 150 mg cap er 24 hr, 200 mg cap er 24 hr	3		
<i>oxcarbazepine 150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab</i>	2	TRILEPTAL	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i>	4	TRILEPTAL	
<i>oxcarbazepine er 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr, 600 mg tab er 24 hr</i>	4		
<i>phenytek 200 mg cap, 300 mg cap</i>	4	DILANTIN	
<i>phenytoin 50 mg tab chew</i>	2	DILANTIN	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp</i>	2	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	DILANTIN	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	4	BANZEL	ST
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	BANZEL	ST
<i>rufinamide 40 mg/ml susp</i>	5	BANZEL	ST
AGENTES ANTIDEMENCIA			
Agentes Antidemencia, Otros			
KISUNLA 350 mg/20ml iv soln	1		PA, QL(80 / 30)
NAMZARIC 14-10 mg cap er 24 hr, 21-10 mg cap er 24 hr, 28-10 mg cap er 24 hr, 7-10 mg cap er 24 hr	3		QL(30 / 30), ST
Inhibidores de la Colinesterasa			
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	ARICEPT	QL(30 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>donepezil hcl 10 mg tab disint, 5 mg tab disint</i>	2	ARICEPT ODT	QL(30 / 30)
<i>galantamine hydrobromide 12 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	RAZADYNE	QL(60 / 30)
<i>galantamine hydrobromide 4 mg/ml soln</i>	4	RAZADYNE	QL(200 / 30)
<i>galantamine hydrobromide er 16 mg cap er 24 hr, 24 mg cap er 24 hr, 8 mg cap er 24 hr</i>	2	RAZADYNE ER	QL(30 / 30)
<i>rivastigmine 13.3 mg/24hr td patch 24hr, 4.6 mg/24hr td patch 24hr, 9.5 mg/24hr td patch 24hr</i>	4	EXELON	QL(30 / 30)
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	2	EXELON	QL(60 / 30)
Antagonistas del Receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA)			
<i>memantine hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	2	NAMENDA	QL(60 / 30)
<i>memantine hcl 2 mg/ml soln</i>	4	NAMENDA	QL(300 / 30)
<i>memantine hcl er 14 mg cap er 24 hr, 21 mg cap er 24 hr, 28 mg cap er 24 hr, 7 mg cap er 24 hr</i>	4	NAMENDA XR	QL(30 / 30), ST
ANTIDEPRESIVOS			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY ASIMTUFII 720 mg/2.4ml im pfs	5		QL(2.5 / 42)
ABILIFY ASIMTUFII 960 mg/3.2ml im pfs	5		QL(3.2 / 42)
ABILIFY MAINTENA 300 mg Intramuscular Suspension Reconstituted ER	5		QL(1 / 28)
ABILIFY MAINTENA 300 mg im pfs, 400 mg im pfs, 400 mg Intramuscular Suspension Reconstituted ER	5		QL(2 / 28)
<i>aripiprazole 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab</i>	4	ABILIFY	QL(30 / 30)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	4	ABILIFY	QL(60 / 30)
<i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i>	4	ABILIFY	QL(900 / 30)
<i>aripiprazole 15 mg tab disint</i>	4	ABILIFY DISCMELT	QL(60 / 30), ST
<i>aripiprazole 10 mg tab disint</i>	4	ABILIFY DISCMELT	QL(90 / 30), ST
ARISTADA 441 mg/1.6ml im pfs	5		QL(1.6 / 28)
ARISTADA 662 mg/2.4ml im pfs	5		QL(2.4 / 28)
ARISTADA 882 mg/3.2ml im pfs	5		QL(3.2 / 28)
ARISTADA 1064 mg/3.9ml im pfs	5		QL(3.9 / 56)
ARISTADA INITIO 675 mg/2.4ml im pfs	5		QL(4.8 / 365)
AUVELITY 45-105 mg tab er	4		ST
<i>mirtazapine 15 mg tab, 15 mg tab disint, 30 mg tab, 30 mg tab disint, 45 mg tab, 45 mg tab disint, 7.5 mg tab</i>	2	REMERON	

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
OPIPZA 10 mg oral film, 2 mg oral film, 5 mg oral film	4		QL(90 / 30)
<i>perphenazine-amitriptyline 2-10 mg tab, 2-25 mg tab, 4-10 mg tab, 4-25 mg tab, 4-50 mg tab</i>	2	TRIAVIL	HR
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab, 400 mg tab</i>	2	SEROQUEL	QL(60 / 30)
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	SEROQUEL	QL(90 / 30)
ZURZUVAE 30 mg cap	5		PANSO, QL(14 / 365)
ZURZUVAE 20 mg cap, 25 mg cap	5		PANSO, QL(28 / 365)
Inhibidores de la Monoaminoxidasa			
EMSAM 12 mg/24hr td patch 24hr, 6 mg/24hr td patch 24hr, 9 mg/24hr td patch 24hr	5		QL(30 / 30), ST
MARPLAN 10 mg tab	4		
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	2	NARDIL	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	4	PARNATE	
ISRSs/IRSNs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina - Norepinefrina)			
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	CELEXA	QL(30 / 30)
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml soln</i>	4	CELEXA	QL(600 / 30)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24 hr, 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	4	PRISTIQ	QL(30 / 30)
DRIZALMA SPRINKLE 40 mg cap dr sprinkle	4		QL(30 / 30), ST
DRIZALMA SPRINKLE 20 mg cap dr sprinkle, 30 mg cap dr sprinkle, 60 mg cap dr sprinkle	4		QL(60 / 30), ST
<i>duloxetine hcl 20 mg cap dr prt, 30 mg cap dr prt, 60 mg cap dr prt</i>	2	CYMBALTA	QL(60 / 30)
<i>escitalopram oxalate 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	1	LEXAPRO	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml soln</i>	4	LEXAPRO	
EXXUA 18.2 mg tab er 24 hr, 36.3 mg tab er 24 hr, 54.5 mg tab er 24 hr, 72.6 mg tab er 24 hr	4		PANSO
EXXUA TITRATION PACK 18.2 mg tab er 24 hr	4		PANSO
FETZIMA 120 mg cap er 24 hr, 20 mg cap er 24 hr, 40 mg cap er 24 hr, 80 mg cap er 24 hr	4		QL(30 / 30), ST
FETZIMA TITRATION 20 & 40 mg cap er 24 hr pack	4		ST

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	1	PROZAC	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml soln</i>	4	PROZAC	
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	LUVOX	
<i>nefazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab</i>	4	SERZONE	
<i>paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	PAXIL	PAHRM,HR
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml susp</i>	4	PAXIL	HR
RALDESY 10 mg/ml soln	4		
<i>sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	ZOLOFT	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	2	ZOLOFT	
<i>trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	1	DESYREL	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	4	DESYREL	
TRINTELLIX 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab	3		QL(30 / 30)
<i>venlafaxine hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	2	EFFEXOR	
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap er 24 hr</i>	2	EFFEXOR XR	QL(30 / 30)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap er 24 hr, 75 mg cap er 24 hr</i>	2	EFFEXOR XR	QL(90 / 30)
<i>vilazodone hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	4	VIIBRYD	QL(30 / 30)
Tricíclicos			
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	2	ELAVIL	HR
<i>amoxapine 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	4	ASENDIN	HR
<i>clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	4	ANAFRANIL	HR
<i>desipramine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	4	NORPRAMIN	HR
<i>doxepin hcl 10 mg/ml oral conc</i>	1	SINEQUAN	HR
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	2	SINEQUAN	HR
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	TOFRANIL	HR
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	PAMELOR	HR
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml soln</i>	4	PAMELOR	HR
<i>protriptyline hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	4	VIVACTIL	HR

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>trimipramine maleate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	4	SURMONTIL	HR
ANTIEMÉTICOS			
Antieméticos, Otros			
<i>chlorpromazine hcl 100 mg/ml oral conc, 30 mg/ml oral conc</i>	4		
<i>chlorpromazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	4	THORAZINE	
<i>compro 25 mg rect supp</i>	4	COMPRO	
<i>diphenhydramine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	2	BENADRYL	
<i>diphenhydramine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	4	BENADRYL	
<i>meclizine hcl 50 mg tab</i>	2	ANTIVERT	
<i>meclizine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	2	ANTIVERT	HR
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	REGLAN	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/5ml soln</i>	2	REGLAN	
<i>perphenazine 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	4	TRILAFON	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	COMPRO	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	2	COMPazine	
<i>promethazine hcl 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	PHENERGAN	HR
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab</i>	1	PHENERGAN	PAHRM,HR
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml soln</i>	2	PHENERGAN	HR
<i>promethazine hcl 25 mg/ml inj soln</i>	4	PHENERGAN	HR
<i>promethegan 12.5 mg rect supp, 25 mg rect supp</i>	4	PHENERGAN	HR
<i>scopolamine 1 mg/3days td patch 72 hr</i>	2	TRANSDERM-SCOP	PAHRM,QL(10 / 30),HR
Terapias Adyuvantes Emetogénicas			
<i>AKYNZEO 300-0.5 mg cap</i>	4		PA(*)
<i>aprepitant 80 & 125 mg cap pack</i>	4		PA(*), QL(6 / 28)
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	4	EMEND	PA(*), QL(1 / 28)
<i>aprepitant 125 mg cap</i>	4	EMEND	PA(*), QL(2 / 28)
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	4	EMEND	PA(*), QL(4 / 28)
<i>dronabinol 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap</i>	4	MARINOL	PA^,QL(60 / 30)
<i>EMEND 125 mg/5ml susp</i>	4		PA(*), QL(6 / 28)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	4	KYTRIL	PA(*)
<i>ondansetron 16 mg tab disint</i>	2		PA(*)
<i>ondansetron 4 mg tab disint, 8 mg tab disint</i>	2	ZOFRAN ODT	PA(*)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2ml inj soln</i>	2	ZOFRAN	
<i>ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	ZOFRAN	PA(*)
ANTIFUNGALES			
ANTIFUNGALES			
<i>AMBISOME 50 mg iv susp</i>	5		PA(*)
<i>amphotericin b 50 mg iv soln</i>	2	FUNGIZONE	PA(*)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>amphotericin b liposome 50 mg iv susp</i>	5	AMBISOME	PA(*)
<i>caspofungin acetate 50 mg iv soln</i>	2	CANCIDAS	
<i>caspofungin acetate 70 mg iv soln</i>	3	CANCIDAS	
<i>ciclopirox 8 % ext soln</i>	2	PENLAC	QL(19.8 / 30)
<i>ciclopirox olamine 0.77 % crm</i>	2	LOPROX	QL(180 / 30)
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	2	LOTRIMIN	
<i>clotrimazole 10 mg m/t troche</i>	2	MYCELEX	
<i>clotrimazole 1 % ext soln</i>	2	MYCELEX	
CRESEMBA 186 mg cap, 74.5 mg cap	5		PA
<i>econazole nitrate 1 % crm</i>	4	SPECTAZOLE	QL(170 / 30)
<i>fluconazole 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	2	DIFLUCAN	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp</i>	4	DIFLUCAN	
<i>fluconazole in sodium chloride 200-0.9 mg/100ml-% iv soln, 400-0.9 mg/200ml-% iv soln</i>	2	DIFLUCAN	PA(*)
<i>flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap</i>	5	ANCOBON	
<i>griseofulvin microsize 500 mg tab</i>	4	GRIFULVIN V	
<i>griseofulvin microsize 125 mg/5ml susp</i>	4	GRIFULVIN V	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	2	SPORANOX	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	2	NIZORAL	
<i>ketoconazole 2 % crm</i>	2	NIZORAL	QL(180 / 30)
<i>ketoconazole 2 % shampoo</i>	2	NIZORAL	QL(360 / 30)
<i>micafungin sodium 100 mg iv soln, 50 mg iv soln</i>	2	MYCAMINE	
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	2	MONISTAT	
<i>nyamyc 100000 unit/gm ext pwdr</i>	2	MYCOSTATIN	QL(60 / 30)
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	MYCOSTATIN	
<i>nystatin 100000 unit/gm crm, 100000 unit/gm ext pwdr, 100000 unit/gm oint</i>	2	MYCOSTATIN	QL(60 / 30)
<i>nystatin 100000 unit/ml m/t susp</i>	2	MYCOSTATIN	QL(900 / 30)
<i>nystop 100000 unit/gm ext pwdr</i>	2	MYCOSTATIN	QL(60 / 30)
<i>posaconazole 40 mg/ml susp</i>	5		PA
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	NOXAFIL	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	LAMISIL	
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	TERAZOL	
<i>terconazole 80 mg vag supp</i>	4	TERAZOL 3	
<i>voriconazole 200 mg tab, 50 mg tab</i>	3	VFEND	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	5	VFEND	PA
<i>voriconazole 200 mg iv soln</i>	5	VFEND	PA(*)
AGENTES CONTRA LA GOTA			
AGENTES CONTRA LA GOTA			
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	4	COLCRYS	QL(120 / 30)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	2	COLBENEMID	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab</i>	4	ULORIC	QL(30 / 30), ST
KRYSTEXXA 8 mg/50ml iv soln, 8 mg/ml iv soln	1		PA
MITIGARE 0.6 mg cap	2		QL(60 / 30)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	2	BENEMID	
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
Antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)			
VYEPTI 100 mg/ml iv soln	1		PA, QL(3 / 90)
Alcaloides de Ergot			
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml nasal soln</i>	5	MIGRANAL	QL(8 / 28)
<i>ergotamine-caffeine 1-100 mg tab</i>	2	CAFERGOT	QL(40 / 30)
Profilaxis			
AIMOVIG 140 mg/ml sc soln auto-inj, 70 mg/ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(1 / 30)
EMGALITY 120 mg/ml sc soln auto-inj, 120 mg/ml sc soln pfs	3		PA, QL(2 / 30)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 mg/ml sc soln pfs	3		PA, QL(3 / 30)
NURTEC 75 mg tab disint	3		PA, QL(18 / 30)
QULIPTA 10 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)
<i>timolol maleate 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	4	BLOCADREN	
UBRELVY 100 mg tab, 50 mg tab	3		PA, QL(16 / 30)
Agonistas Receptores de Serotonina (5-HT) 1b/1d			
<i>rizatriptan benzoate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	2	MAXALT	QL(12 / 30)
<i>rizatriptan benzoate 10 mg tab disint, 5 mg tab disint</i>	2	MAXALT MLT	QL(12 / 30)
<i>sumatriptan 20 mg/act nasal soln</i>	4	IMITREX	QL(12 / 30)
<i>sumatriptan 5 mg/act nasal soln</i>	4	IMITREX	QL(18 / 30)
<i>sumatriptan succinate 100 mg tab</i>	2	IMITREX	QL(9 / 30)
<i>sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	IMITREX	QL(18 / 30)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml sc soln</i>	4	IMITREX	QL(4 / 28)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 6 mg/0.5ml sc soln auto-inj</i>	4	IMITREX STATDOSE	QL(4 / 28)
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS			
Parasimpatomiméticos			
<i>pyridostigmine bromide 30 mg tab</i>	4		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	MESTINON	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml soln</i>	4	MESTINON	
ANTIMICOBACTERIANOS			
Antimicobacterianos, Otros			

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2		
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	4	MYCOBUTIN	
Antituberculosos			
<i>ethambutol hcl 100 mg tab, 400 mg tab</i>	2	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1		
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	2		
<i>pretomanid 200 mg tab</i>	4		QL(30 / 30)
PRIFTIN 150 mg tab	4		
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	3		
<i>rifampin 150 mg cap, 300 mg cap</i>	2	RIFADIN	
<i>rifampin 600 mg iv soln</i>	4	RIFADIN	
SIRTURO 100 mg tab, 20 mg tab	5		PA
ANTINEOPLÁSICOS			
Agentes Alquilantes			
<i>cyclophosphamide 50 mg tab</i>	3		PA(*), ST
<i>cyclophosphamide 25 mg cap, 50 mg cap</i>	4		PA(*), ST
GRAFAPEX 1 gm iv soln, 5 gm iv soln	5		PANSO
LEUKERAN 2 mg tab	5		
<i>lomustine 10 mg cap, 100 mg cap, 40 mg cap</i>	4		PANSO
MATULANE 50 mg cap	5		
VALCHLOR 0.016 % gel	5		
Antiandrógenos			
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	2	ZYTIGA	PANSO, QL(120 / 30)
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	5	ZYTIGA	PANSO, QL(120 / 30)
<i>abirtega 250 mg tab</i>	4	ZYTIGA	PANSO, QL(120 / 30)
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	CASODEX	
ERLEADA 240 mg tab, 60 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
EULEXIN 125 mg cap	5		PANSO, QL(180 / 30)
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	5	NILANDRON	
NUBEQA 300 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
XTANDI 80 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
XTANDI 40 mg cap, 40 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
YONSA 125 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
Agentes Antiangiogénicos			
<i>lenalidomide 10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap</i>	5	REVLIMID	PANSO, QL(28 / 28), LA
NIKTIMVO 22 mg/0.44ml iv soln, 9 mg/0.18ml iv soln	5		PANSO
<i>pomalidomide 1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap</i>	5		PANSO, QL(21 / 28)
RYSTIGGO 280 mg/2ml sc soln, 420 mg/3ml sc soln, 560 mg/4ml sc soln, 840 mg/6ml sc soln	1		PANSO
THALOMID 150 mg cap, 200 mg cap	5		PANSO, QL(60 / 30)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
THALOMID 100 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
THALOMID 50 mg cap	5		PANSO, QL(240 / 30)
VYVGART 400 mg/20ml iv soln	1		PA
VYVGART HYTRULO 180-2000 mg-unit/ml sc soln	1		PA
Antiestrógenos/Modificadores			
ORSERDU 345 mg tab, 86 mg tab	5		PANSO
SOLTAMOX 10 mg/5ml soln	5		
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	NOLVADEX	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	FARESTON	
Antimetabolitos			
AXTLE 100 mg iv soln, 500 mg iv soln	5		PANSO
BESREMI 500 mcg/ml sc soln pfs	5		PANSO, QL(2 / 28)
DROXIA 200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap	4		
ENDARI 5 gm pckt	5		PA, QL(180 / 30)
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	HYDREA	
<i>l-glutamine 5 gm pckt</i>	5		PA, QL(180 / 30)
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml susp</i>	5		
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	PURINETHOL	
ONUREG 200 mg tab, 300 mg tab	5		PANSO, QL(14 / 28)
PEMRYDI RTU 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	5		PANSO
TABLOID 40 mg tab	4		
Antineoplásicos, Otros			
AKEEGA 100-500 mg tab, 50-500 mg tab	5		PANSO
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 mg pack	5		PANSO, QL(66 / 28)
DARZALEX FASPRO 1800-30000 mg-ut/15ml sc soln	1		PANSO
EMCYT 140 mg cap	5		
FRUZAQLA 5 mg cap	5		PANSO, QL(21 / 28)
FRUZAQLA 1 mg cap	5		PANSO, QL(84 / 28)
INLURIYO 200 mg tab	5		PANSO
INQOVI 35-100 mg tab	5		PANSO, QL(5 / 28)
IWILFIN 192 mg tab	5		PANSO
KEYTRUDA QLEX 395-4800 MG -unt/2.4ml sc soln	5		PANSO, QL(2.4 / 21)
KEYTRUDA QLEX 790-9600 MG -unt/4.8ml sc soln	5		PANSO, QL(4.8 / 42)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 mg tab pack	5		PANSO, QL(49 / 28)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 mg tab pack	5		PANSO, QL(70 / 28)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 mg tab pack	5		PANSO, QL(91 / 28)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab</i>	2		
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	3		
LONSURF 20-8.19 mg tab	5		PANSO, QL(80 / 28)
LONSURF 15-6.14 mg tab	5		PANSO, QL(100 / 28)
LYSODREN 500 mg tab	5		
MODEYSO 125 mg cap	5		PANSO
NINLARO 2.3 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap	5		PANSO, QL(3 / 28)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 mg tab pack	5		PANSO, QL(28 / 28)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 mg tab pack	5		PANSO, QL(56 / 28)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 x 150 mg tab pack	5		PANSO, QL(56 / 28)
VITRAKVI 100 mg cap	5		PANSO, QL(60 / 30)
VITRAKVI 25 mg cap	5		PANSO, QL(180 / 30)
VITRAKVI 20 mg/ml soln	5		PANSO, QL(300 / 30)
WELIREG 40 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
XATMEP 2.5 mg/ml soln	4		PA(*), ST
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 mg tab pack	5		PANSO, QL(8 / 28)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 mg tab pack	5		PANSO, QL(16 / 28)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 mg tab pack	5		PANSO, QL(8 / 28)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 mg tab pack	5		PANSO, QL(4 / 28)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 mg tab pack	5		PANSO, QL(24 / 28)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 mg tab pack, 80 mg tab pack	5		PANSO, QL(8 / 28)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 mg tab pack	5		PANSO, QL(32 / 28)
ZOLINZA 100 mg cap	5		
Inhibidores de la Aromatasa, 3era Generación			
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	ARIMIDEX	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	4	AROMASIN	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	1	FEMARA	
Inhibidores Moleculares			
ALECENSA 150 mg cap	5		PANSO, QL(240 / 30)
ALUNBRIG 90 & 180 mg tab pack	5		PANSO
ALUNBRIG 180 mg tab, 90 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
ALUNBRIG 30 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
AUGTYRO 160 mg cap, 40 mg cap	5		PANSO
AVASTIN 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	5		PANSO

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
AYVAKIT 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 50 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
BALVERSA 5 mg tab	5		PANSO, QL(28 / 28)
BALVERSA 4 mg tab	5		PANSO, QL(56 / 28)
BALVERSA 3 mg tab	5		PANSO, QL(84 / 28)
BOSULIF 100 mg cap, 50 mg cap	5		PANSO
BOSULIF 400 mg tab, 500 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
BOSULIF 100 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
BRAFTOVI 75 mg cap	5		PANSO, QL(180 / 30)
BRUKINSA 160 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
CABOMETYX 20 mg tab, 60 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
CABOMETYX 40 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
CALQUENCE 100 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
CAPRELSA 300 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
CAPRELSA 100 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 mg oral kit	5		PANSO, QL(112 / 28)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 x 20 MG & 80 mg oral kit	5		PANSO, QL(112 / 28)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 mg oral kit	5		PANSO, QL(112 / 28)
COPIKTRA 15 mg cap, 25 mg cap	5		PANSO, QL(56 / 28)
COTELLIC 20 mg tab	5		PANSO, QL(63 / 28), LA
DANZITEN 71 mg tab, 95 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
<i>dasatinib 100 mg tab, 140 mg tab, 50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab</i>	5		PANSO, QL(30 / 30)
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	5		PANSO, QL(90 / 30)
DAURISMO 100 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
DAURISMO 25 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
ENSACOVE 100 mg cap, 25 mg cap	5		PANSO
ERIVEDGE 150 mg cap	5		PANSO, QL(30 / 30)
<i>erlotinib hcl 100 mg tab, 25 mg tab</i>	4	TARCEVA	PANSO, QL(60 / 30)
<i>erlotinib hcl 150 mg tab</i>	4	TARCEVA	PANSO, QL(90 / 30)
<i>everolimus 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	5	AFINITOR	PANSO, QL(28 / 28)
<i>everolimus 10 mg tab</i>	5	AFINITOR	PANSO, QL(56 / 28)
EXKIVITY 40 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
FOTIVDA 0.89 mg cap, 1.34 mg cap	5		PANSO, QL(21 / 28)
FYARRO 100 mg iv susp	5		PANSO
GAVRETO 100 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	5	IRESSA	PANSO, QL(60 / 30)
GILOTRIF 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
GOMEKLI 1 mg cap, 2 mg cap	5		PANSO, QL(84 / 28)
GOMEKLI 1 mg tab sol	5		PANSO, QL(224 / 28)
HERNEXEOS 60 mg tab	5		PANSO
HYRNUO 10 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
IBRANCE 100 mg tab, 125 mg cap, 125 mg tab, 75 mg tab	5		PANSO, QL(21 / 28)
IBTROZI 200 mg cap	5		PANSO, QL(90 / 30)
ICLUSIG 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
IDHIFA 100 mg tab, 50 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	3	GLEEVEC	PANSO, QL(60 / 30)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	3	GLEEVEC	PANSO, QL(180 / 30)
IMBRUVICA 140 mg tab, 280 mg tab, 420 mg tab, 70 mg cap	5		PANSO, QL(28 / 28)
IMBRUVICA 140 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
IMBRUVICA 70 mg/ml susp	5		PANSO, QL(240 / 30)
<i>imkeldi 80 mg/ml soln</i>	5		PANSO, QL(280 / 28)
INLYTA 5 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
INLYTA 1 mg tab	5		PANSO, QL(180 / 30)
INREBIC 100 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
ITOVEBI 3 mg tab, 9 mg tab	5		PANSO
JAKAFI 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
JAYPIRCA 100 mg tab, 50 mg tab	5		PANSO
KISQALI (200 MG DOSE) 200 mg tab pack	5		PANSO, QL(21 / 28)
KISQALI (400 MG DOSE) 200 mg tab pack	5		PANSO, QL(42 / 28)
KISQALI (600 MG DOSE) 200 mg tab pack	5		PANSO, QL(63 / 28)
KOSELUGO 5 mg cap sprinkle, 7.5 mg cap sprinkle	5		PANSO
KOSELUGO 25 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
KOSELUGO 10 mg cap	5		PANSO, QL(300 / 30)
KRAZATI 200 mg tab	5		PANSO, QL(180 / 30)
KYPROLIS 10 mg iv soln, 30 mg iv soln, 60 mg iv soln	1		PANSO
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	TYKERB	PANSO
LAZCLUZE 240 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
LAZCLUZE 80 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 mg cap pack	5		PANSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 x 4 mg cap pack	5		PANSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 mg cap pack	5		PANSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 x 4 mg cap pack	5		PANSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 x 10 mg cap pack	5		PANSO

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 x 10 MG & 4 mg cap pack	5		PANSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 mg cap pack	5		PANSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 x 4 mg cap pack	5		PANSO
LORBRENA 100 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
LORBRENA 25 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
LUMAKRAS 120 mg tab, 240 mg tab, 320 mg tab	5		PANSO, QL(240 / 30)
LYNPARZA 100 mg tab, 150 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 mg tab pack	5		PANSO
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 mg tab pack	5		PANSO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 mg tab pack	5		PANSO
MEKINIST 0.05 mg/ml soln	5		PANSO
MEKINIST 2 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
MEKINIST 0.5 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
MEKTOVI 15 mg tab	5		PANSO, QL(180 / 30)
MVASI 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	5		PANSO
NERLYNX 40 mg tab	5		PANSO, QL(180 / 30)
<i>nilotinib d-tartrate 150 mg cap, 200 mg cap</i>	5		PANSO, QL(112 / 28)
<i>nilotinib d-tartrate 50 mg cap</i>	5		PANSO, QL(120 / 30)
<i>nilotinib hcl 150 mg cap, 200 mg cap</i>	5		PANSO, QL(112 / 28)
<i>nilotinib hcl 50 mg cap</i>	5		PANSO, QL(120 / 30)
ODOMZO 200 mg cap	5		PANSO, LA
OGSIVEO 100 mg tab, 150 mg tab	5		PANSO, QL(180 / 30)
OJEMDA 100 mg tab	5		PANSO
OJEMDA 25 mg/ml susp	5		PANSO
OJJAARA 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab	5		PANSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	5		PANSO, QL(120 / 30)
PEMAZYRE 13.5 mg tab, 4.5 mg tab, 9 mg tab	5		PANSO, QL(14 / 21)
QINLOCK 50 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
RETEVMO 120 mg tab, 160 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	5		PANSO
RETEVMO 80 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
REVUFORJ 110 mg tab, 160 mg tab, 25 mg tab	5		PANSO
REZLIDHIA 150 mg cap	5		PANSO, QL(60 / 30)
ROMVIMZA 14 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap	5		PANSO, QL(8 / 28)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ROZLYTREK 200 mg cap	5		PANSO, QL(90 / 30)
ROZLYTREK 100 mg cap	5		PANSO, QL(180 / 30)
ROZLYTREK 50 mg pckt	5		PANSO, QL(360 / 30)
RUBRACA 200 mg tab, 250 mg tab, 300 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
RYDAPT 25 mg cap	5		PANSO, QL(224 / 28)
SCEMBLIX 100 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	5		PANSO
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	5	NEXAVAR	PANSO, QL(120 / 30)
STIVARGA 40 mg tab	5		PANSO, QL(84 / 28)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	5	SUTENT	PANSO, QL(30 / 30)
TABRECTA 150 mg tab, 200 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
TAFINLAR 10 mg tab sol	5		PANSO
TAFINLAR 50 mg cap, 75 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
TAGRISO 40 mg tab, 80 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30), LA
TALZENNA 0.1 mg cap, 0.35 mg cap, 0.75 mg cap, 1 mg cap	5		PANSO, QL(30 / 30)
TALZENNA 0.25 mg cap, 0.5 mg cap	5		PANSO, QL(90 / 30)
TEPMETKO 225 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
TIBSOVO 250 mg tab	5		PANSO, QL(60 / 30)
TRUQAP 160 mg tab pack, 200 mg tab	5		PANSO, QL(64 / 28)
TUKYSA 150 mg tab	5		PANSO, QL(120 / 30)
TUKYSA 50 mg tab	5		PANSO, QL(300 / 30)
TURALIO 125 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
VANFLYTA 17.7 mg tab, 26.5 mg tab	5		PANSO
VENCLEXTA 50 mg tab	3		PANSO, QL(30 / 30), LA
VENCLEXTA 10 mg tab	3		PANSO, QL(60 / 30), LA
VENCLEXTA 100 mg tab	5		PANSO, QL(180 / 30), LA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	5		PANSO, LA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	5		PANSO, QL(56 / 28)
VIZIMPRO 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
VONJO 100 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
VORANIGO 40 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
VORANIGO 10 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
VYLOY 100 mg iv soln, 300 mg iv soln	5		PANSO
XALKORI 150 mg cap sprinkle, 20 mg cap sprinkle, 50 mg cap sprinkle	5		PANSO
XALKORI 200 mg cap, 250 mg cap	5		PANSO, QL(120 / 30)
XOSPATA 40 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
ZEJULA 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
ZELBORAF 240 mg tab	5		PANSO, QL(240 / 30)
ZIIHERA 300 mg iv soln	5		PANSO

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ZIRABEV 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	5		PANSO
ZYKADIA 150 mg tab	5		PANSO, QL(84 / 28)
Anticuerpo monoclonal/Conjugados de anticuerpo-fármaco			
BIZENGRÍ (750 MG DOSE) 375 mg/18.75ml Intravenous Solution Therapy Pack	5		PANSO
DARZALEX 100 mg/5ml iv soln, 400 mg/20ml iv soln	1		PANSO
DATROWAY 100 mg iv soln	5		PANSO
EMRELIS 100 mg iv soln, 20 mg iv soln	5		PANSO
IMJUDO 25 mg/1.25ml iv soln, 300 mg/15ml iv soln	5		PANSO
KEYTRUDA 100 mg/4ml iv soln	5		PANSO, QL(8 / 21)
LUNSUMIO 1 mg/ml iv soln, 30 mg/30ml iv soln	5		PANSO
TECVAYLI 153 mg/1.7ml sc soln, 30 mg/3ml sc soln	5		PANSO
TEVIMBRA 100 mg/10ml iv soln	5		PANSO
Retinoides			
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	TARGRETIN	PANSO
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	TARGRETIN	PANSO
PANRETIN 0.1 % gel	5		QL(180 / 30)
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	5	VESANOID	
Adjuntos de Tratamiento			
<i>mesna 400 mg tab</i>	4		
MESNEX 400 mg tab	5		
ANTIPARASITARIOS			
Antihelmínticos			
<i>albendazole 200 mg tab</i>	4	ALBENZA	
<i>ivermectin 6 mg tab</i>	2		
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	2	STROMEKTOL	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	2	BILTRICIDE	
Antiprotozoarios			
<i>atovaquone 750 mg/5ml susp</i>	3	MEPRON	
<i>atovaquone-proguanil hcl 250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab</i>	2	MALARONE	
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	4		QL(50 / 30)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	4	ARALEN	QL(25 / 30)
COARTEM 20-120 mg tab	4		
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	2	PLAQUENIL	QL(90 / 30)
KRINTAFEL 150 mg tab	4		
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2		
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	5	ALINIA	
<i>pentamidine isethionate 300 mg inh soln</i>	3	NEBUPENT	PA(*)
<i>pentamidine isethionate 300 mg inj soln</i>	4	PENTAM	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 Base) mg tab</i>	4		
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	DARAPRIM	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	4	QUALAQUIN	PA, QL(42 / 7)
AGENTES ANTIPARKINSON			
Anticolinérgicos			
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	COGENTIN	HR
<i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml soln</i>	2		PAHRM,HR
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	ARTANE	PAHRM,HR
Agentes Antiparkinson, Otros			
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml soln</i>	1		
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	2	SYMMETREL	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	3	COMTAN	
INBRIJA 42 mg inh cap	5		PA, QL(300 / 30)
OSMOLEX ER 129 mg tab er 24 hr, 193 mg tab er 24 hr	4		QL(30 / 30), ST
Agonistas de Dopamina			
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml sc soln cart</i>	5	APOKYN	PA, QL(60 / 30)
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	2	PARLODEL	
<i>bromocriptine mesylate 5 mg cap</i>	4	PARLODEL	
NEUPRO 1 mg/24hr td patch 24hr, 2 mg/24hr td patch 24hr, 3 mg/24hr td patch 24hr, 4 mg/24hr td patch 24hr, 6 mg/24hr td patch 24hr, 8 mg/24hr td patch 24hr	3		QL(30 / 30)
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	2	REQUIP	
Precursores de Dopamina/Inhibidores de la Decarboxilasa L-Amino Ácido			
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab</i>	2	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	SINEMET CR	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	4	STALEVO	
Inhibidores de la Monoaminoxidasa B (MAO-B)			
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	4	AZILECT	
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	2		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>selegiline hcl 5 mg cap</i>	2	ELDEPRYL	
ANTIPSICÓTICOS			
1era Generación/Típicos			
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	4	HYDERGINE	HR
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml inj soln</i>	2	PROLIXIN	
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml inj soln</i>	3	PROLIXIN	
<i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	4	PROLIXIN	
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml oral elix, 5 mg/ml oral conc</i>	4	PROLIXIN	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	HALDOL	
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml im soln, 50 mg/ml im soln</i>	2	HALDOL	
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml im soln, 50 mg/ml im soln</i>	3	HALDOL	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml oral conc, 5 mg/ml inj soln</i>	2	HALDOL	
<i>loxapine succinate 10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap</i>	2	LOXITANE	
<i>molindone hcl 5 mg tab</i>	2	MOBAN	QL(120 / 30)
<i>molindone hcl 10 mg tab</i>	2	MOBAN	QL(240 / 30)
<i>molindone hcl 25 mg tab</i>	2	MOBAN	QL(270 / 30)
<i>pimozide 1 mg tab, 2 mg tab</i>	3	ORAP	
<i>thioridazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	MELLARIL	HR
<i>thiothixene 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	4	NAVANE	
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	2	STELAZINE	
2da Generación/Atípicos			
<i>asenapine maleate 10 mg tab subl, 2.5 mg tab subl, 5 mg tab subl</i>	2	SAPHRIS	QL(60 / 30)
<i>CAPLYTA 10.5 mg cap, 21 mg cap, 42 mg cap</i>	5		QL(30 / 30), ST
<i>COBENFY 100-20 mg cap, 125-30 mg cap, 50-20 mg cap</i>	5		PANSO
<i>COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 mg cap pack</i>	5		PANSO
<i>ERZOFRI 39 mg/0.25ml im susp pfs</i>	3		QL(0.25 / 28)
<i>ERZOFRI 78 mg/0.5ml im susp pfs</i>	5		QL(0.5 / 28)
<i>ERZOFRI 117 mg/0.75ml im susp pfs</i>	5		QL(0.75 / 28)
<i>ERZOFRI 156 mg/ml im susp pfs</i>	5		QL(1 / 28)
<i>ERZOFRI 234 mg/1.5ml im susp pfs</i>	5		QL(1.5 / 28)
<i>ERZOFRI 351 mg/2.25ml im susp pfs</i>	5		QL(2.25 / 28)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
FANAPT 1 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab	5		QL(60 / 30), ST
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 mg tab	4		ST
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 mg tab	4		ST
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 mg tab	4		ST
INVEGA HAFYERA 1092 mg/3.5ml im susp pfs	5		QL(3.5 / 180)
INVEGA HAFYERA 1560 mg/5ml im susp pfs	5		QL(5 / 180)
INVEGA SUSTENNA 39 mg/0.25ml im susp pfs	3		QL(0.25 / 28)
INVEGA SUSTENNA 78 mg/0.5ml im susp pfs	5		QL(0.5 / 28)
INVEGA SUSTENNA 117 mg/0.75ml im susp pfs	5		QL(0.75 / 28)
INVEGA SUSTENNA 156 mg/ml im susp pfs	5		QL(1 / 28)
INVEGA SUSTENNA 234 mg/1.5ml im susp pfs	5		QL(1.5 / 28)
INVEGA TRINZA 273 mg/0.88ml im susp pfs	5		QL(0.88 / 84)
INVEGA TRINZA 410 mg/1.32ml im susp pfs	5		QL(1.32 / 84)
INVEGA TRINZA 546 mg/1.75ml im susp pfs	5		QL(1.75 / 84)
INVEGA TRINZA 819 mg/2.63ml im susp pfs	5		QL(2.63 / 84)
<i>lurasidone hcl 120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	2	LATUDA	QL(30 / 30)
LYBALVI 10-10 mg tab, 15-10 mg tab, 20-10 mg tab, 5-10 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
NUPLAZID 10 mg tab, 34 mg cap	5		PANSO, QL(30 / 30)
<i>olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	ZYPREXA	QL(30 / 30)
<i>olanzapine 10 mg im soln</i>	3	ZYPREXA	QL(30 / 30)
<i>olanzapine 10 mg tab disint, 15 mg tab disint, 20 mg tab disint, 5 mg tab disint</i>	4	ZYPREXA ZYDIS	QL(30 / 30)
<i>paliperidone er 1.5 mg tab er 24 hr, 3 mg tab er 24 hr, 9 mg tab er 24 hr</i>	4	INVEGA	QL(30 / 30)
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24 hr</i>	4	INVEGA	QL(60 / 30)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
PERSERIS 120 mg Subcutaneous Prefilled Syringe, 90 mg Subcutaneous Prefilled Syringe	5		QL(1 / 30)
REXULTI 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab	5		QL(30 / 30)
REXULTI 0.5 mg tab	5		QL(60 / 30)
REXULTI 0.25 mg tab	5		QL(120 / 30)
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab</i>	2	RISPERDAL	QL(60 / 30)
<i>risperidone 4 mg tab</i>	2	RISPERDAL	QL(120 / 30)
<i>risperidone 1 mg/ml soln</i>	2	RISPERDAL	QL(480 / 30)
<i>risperidone 0.25 mg tab disint, 0.5 mg tab disint, 1 mg tab disint, 2 mg tab disint</i>	4	RISPERDAL	QL(60 / 30)
<i>risperidone 3 mg tab disint, 4 mg tab disint</i>	4	RISPERDAL	QL(120 / 30)
<i>risperidone microspheres er 12.5 mg Intramuscular Suspension Reconstituted ER, 25 mg Intramuscular Suspension Reconstituted ER, 37.5 mg Intramuscular Suspension Reconstituted ER, 50 mg Intramuscular Suspension Reconstituted ER</i>	4		QL(2 / 28)
SECUADO 3.8 mg/24hr td patch 24hr, 5.7 mg/24hr td patch 24hr, 7.6 mg/24hr td patch 24hr	5		QL(30 / 30), ST
UZEDY 100 mg/0.28ml sc susp pfs, 125 mg/0.35ml sc susp pfs, 150 mg/0.42ml sc susp pfs, 200 mg/0.56ml sc susp pfs, 250 mg/0.7ml sc susp pfs, 50 mg/0.14ml sc susp pfs, 75 mg/0.21ml sc susp pfs	5		ST
VRAYLAR 0.5 mg cap, 0.75 mg cap, 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	5		QL(30 / 30)
<i>ziprasidone hcl 20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	2	GEODON	QL(60 / 30)
<i>ziprasidone mesylate 20 mg im soln</i>	3	GEODON	QL(6 / 28)
ZYPREXA RELPREVV 210 mg im susp	4		QL(2 / 28)
Resistentes a Tratamiento			
<i>clozapine 50 mg tab</i>	2	CLOZARIL	QL(90 / 30)
<i>clozapine 100 mg tab</i>	2	CLOZARIL	QL(270 / 30)
<i>clozapine 25 mg tab</i>	3	CLOZARIL	QL(90 / 30)
<i>clozapine 200 mg tab</i>	3	CLOZARIL	QL(135 / 30)
<i>clozapine 100 mg tab disint, 12.5 mg tab disint, 25 mg tab disint</i>	4	FAZACLO	QL(90 / 30), ST

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>clozapine 200 mg tab disint</i>	4	FAZACLO	QL(120 / 30), ST
<i>clozapine 150 mg tab disint</i>	4	FAZACLO	QL(180 / 30), ST
VERSACLOZ 50 mg/ml susp	5		QL(540 / 30), ST
AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD			
AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD			
<i>baclofen 15 mg tab, 5 mg tab</i>	2		
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LIORESAL	
<i>chlorzoxazone 500 mg tab</i>	2	PARAFON FORTE	HR
<i>dantrolene sodium 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	DANTRIUM	
<i>methocarbamol 1000 mg tab</i>	2		
<i>methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	ROBAXIN	HR
<i>tanlor 1000 mg tab</i>	2		
ANTIVIRALES			
Agentes Anti Citomegalovirus (CMV)			
PREVYMIS 240 mg tab, 480 mg tab	5		PA, QL(28 / 28)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	2	VALCYTE	
ZIRGAN 0.15 % ophth gel	4		
Agentes Contra la Hepatitis B (VHB)			
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	3	HEPSERA	
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	BARACLUDE	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	4	EPIVIR HBV	
VEMLIDY 25 mg tab	5		QL(30 / 30)
Agentes Contra la Hepatitis C (VHC), Otros			
PEGASYS 180 mcg/0.5ml sc soln pfs, 180 mcg/ml sc soln	5		
<i>ribavirin 200 mg tab</i>	2	COPEGUS	
<i>ribavirin 200 mg cap</i>	2	REBETOL	
Agentes de Acción Directa Contra la Hepatitis C (VHC)			
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg tab</i>	5	HARVONI	PA, QL(28 / 28)
MAVYRET 100-40 mg tab	5		PA, QL(90 / 30)
MAVYRET 50-20 mg pckt	5		PA, QL(168 / 28)
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg tab</i>	5	EPCLUSA	PA, QL(28 / 28)
Agentes Anti-VIH, Inhibidores de la Integrasa (INSTI)			
BIKTARVY 30-120-15 mg tab, 50-200-25 mg tab	5		
GENVOYA 150-150-200-10 mg tab	5		
ISENTRESS 100 mg pckt, 100 mg tab chew, 25 mg tab chew	4		
ISENTRESS 400 mg tab	5		
ISENTRESS HD 600 mg tab	5		
STRIBILD 150-150-200-300 mg tab	5		
TIVICAY 10 mg tab	4		
TIVICAY 25 mg tab, 50 mg tab	5		
TIVICAY PD 5 mg tab sol	4		
Agentes Anti-VIH, Inhibidores No-Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa (NNRTI)			

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
EDURANT 25 mg tab	5		
EDURANT PED 2.5 mg tab sol	5		
efavirenz 50 mg cap	2	SUSTIVA	
efavirenz 200 mg cap, 600 mg tab	3	SUSTIVA	
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	4	ATRIPLA	
efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab	5	SYMFI	
efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab	5	SYMFI LO	
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	5		
etravirine 100 mg tab, 200 mg tab	5	INTELENCE	
INTELENCE 25 mg tab	4		
nevirapine 200 mg tab	2	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	4	VIRAMUNE	
nevirapine er 400 mg tab er 24 hr	4	VIRAMUNE XR	
ODEFSEY 200-25-25 mg tab	5		
Agentes Anti-VIH, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa (NRTI)			
abacavir sulfate 300 mg tab	2	ZIAGEN	
abacavir sulfate 20 mg/ml soln	4	ZIAGEN	
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	2	EPZICOM	
CABENUVA 400 & 600 mg/2ml Intramuscular Suspension Extended Release, 600 & 900 mg/3ml Intramuscular Suspension Extended Release	5		
CIMDUO 300-300 mg tab	5		
DESCOVY 120-15 mg tab, 200-25 mg tab	5		
DOVATO 50-300 mg tab	5		
emtricitabine 200 mg cap	3	EMTRIVA	
emtricitabine-tenofovir df 100-150 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab	4	TRUVADA	
emtricitabine-tenofovir df 133-200 mg tab	5	TRUVADA	
EMTRIVA 10 mg/ml soln	4		
lamivudine 150 mg tab, 300 mg tab	2	EPIVIR	
lamivudine 10 mg/ml soln	4	EPIVIR	
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	2	COMBIVIR	
PIFELTRO 100 mg tab	5		
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	2	VIREAD	
VIREAD 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab	5		
VIREAD 40 mg/gm oral pwdr	5		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>zidovudine 100 mg cap, 300 mg tab</i>	2	RETROVIR	
<i>zidovudine 50 mg/5ml syr</i>	2	RETROVIR	
Agentes Anti-VIH, Otros			
FUZEON 90 mg sc soln	5		
JULUCA 50-25 mg tab	5		
<i>maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab</i>	5	SELZENTRY	
RUKOBIA 600 mg tab er 12 hr	5		
SELZENTRY 25 mg tab	3		
SELZENTRY 20 mg/ml soln	4		
SELZENTRY 75 mg tab	5		
SUNLENCA 300 mg tab, 4 x 300 mg tab pack, 5 x 300 mg tab pack	5		
SUNLENCA 463.5 mg/1.5ml sc soln	5		
Agentes Anti-VIH, Inhibidores de la Proteasa			
APTIVUS 250 mg cap	5		
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	3	REYATAZ	
<i>darunavir 600 mg tab</i>	4	PREZISTA	
<i>darunavir 800 mg tab</i>	5	PREZISTA	
DELSTRIGO 100-300-300 mg tab	5		
EVOTAZ 300-150 mg tab	5		
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	3	LEXIVA	
KALETRA 400-100 mg/5ml soln	4		QL(390 / 30)
LEXIVA 50 mg/ml susp	4		
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	3	KALETRA	QL(300 / 30)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	4	KALETRA	QL(120 / 30)
NORVIR 100 mg pckt	4		
PREZCOBIX 675-150 mg tab, 800-150 mg tab	5		
PREZISTA 75 mg tab	4		
PREZISTA 150 mg tab	5		
PREZISTA 100 mg/ml susp	5		
REYATAZ 50 mg pckt	5		
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	2	NORVIR	
SYMTUZA 800-150-200-10 mg tab	5		
TRIUMEQ 600-50-300 mg tab	5		
<i>trimeq pd 60-5-30 mg tab sol</i>	4		
VIRACEPT 250 mg tab, 625 mg tab	5		
Agentes Contra la Influenza			
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	2	TAMIFLU	QL(42 / 180)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	2	TAMIFLU	QL(48 / 180)
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	2	TAMIFLU	QL(84 / 180)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml susp</i>	2	TAMIFLU	QL(540 / 180)
RELENZA DISKHALER 5 mg/act inh aer pwr br act	4		QL(60 / 180)
<i>rimantadine hcl 100 mg tab</i>	3	FLUMADINE	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 x 40 mg tab pack	4		QL(4 / 180)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 x 80 mg tab pack	4		QL(2 / 180)
Agentes Antiherpéticos			
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	2	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	4	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 5 % oint</i>	4	ZOVIRAX	QL(30 / 30)
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml iv soln</i>	3	ZOVIRAX	PA(*)
<i>famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	FAMVIR	
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	3	VIROPTIC	
<i>valacyclovir hcl 1 gm tab, 500 mg tab</i>	4	VALTREX	
Antiviral, Agentes contra el Coronavirus			
LAGEVRIO 200 mg cap	3		QL(40 / 5)
PAXLOVID (150/100) 10 x 150 MG & 10 x 100mg tab pack	3		QL(20 / 5)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 x 150 MG & 5 x 100mg tab pack	3		QL(22 / 5)
PAXLOVID (300/100) 20 x 150 MG & 10 x 100mg tab pack	3		QL(30 / 5)
ANSIOLÍTICOS			
Ansiolíticos, Otros			
<i>bupirone hcl 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	BUSPAR	
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	ATARAX	PAHRM,HR
<i>hydroxyzine hcl 10 mg/5ml syr</i>	2	ATARAX	HR
<i>hydroxyzine pamoate 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	VISTARIL	HR
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap</i>	2	VISTARIL	HR
Benzodiazepinas			
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	XANAX	QL(120 / 30)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	1	XANAX	QL(150 / 30)
<i>chlordiazepoxide hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap</i>	1	LIBRIUM	QL(120 / 30)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab, 3.75 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	TRANXENE	QL(180 / 30)
AGENTES PARA BIPOLARIDAD			
Estabilizadores del Ánimo			
<i>lithium 8 meq/5ml soln</i>	2		
<i>lithium carbonate 150 mg cap, 600 mg cap</i>	1		
<i>lithium carbonate 300 mg cap</i>	1	ESKALITH	
<i>lithium carbonate 300 mg tab</i>	2	LITHOBID	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>lithium carbonate er 450 mg tab er</i>	2	ESKALITH CR	
<i>lithium carbonate er 300 mg tab er</i>	2	LITHOBID	
<i>valproic acid 250 mg/5ml soln</i>	2	DEPAKENE	
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE			
Agentes Antidiabéticos			
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	PRECOSE	QL(90 / 30)
<i>colesevelam hcl 3.75 gm pckt, 625 mg tab</i>	4	WELCHOL	
<i>dapagliflozin 10 mg tab, 5 mg tab</i>	3		QL(30 / 30)
FARXIGA 10 mg tab, 5 mg tab	3		QL(30 / 30)
<i>glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab</i>	6	AMARYL	QL(30 / 30)
<i>glimepiride 4 mg tab</i>	6	AMARYL	QL(60 / 30)
<i>glipizide 2.5 mg tab</i>	6		QL(60 / 30)
<i>glipizide 5 mg tab</i>	6	GLUCOTROL	QL(60 / 30)
<i>glipizide 10 mg tab</i>	6	GLUCOTROL	QL(120 / 30)
<i>glipizide er 2.5 mg tab er 24 hr, 5 mg tab er 24 hr</i>	6	GLUCOTROL XL	QL(30 / 30)
<i>glipizide er 10 mg tab er 24 hr</i>	6	GLUCOTROL XL	QL(60 / 30)
<i>glyburide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	6	DIABETA	HR
GLYXAMBI 10-5 mg tab, 25-5 mg tab	3		QL(30 / 30)
JANUVIA 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	3		QL(30 / 30)
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	3		QL(30 / 30), ST
<i>metformin hcl 1000 mg tab</i>	6	GLUCOPHAGE	QL(75 / 30)
<i>metformin hcl 850 mg tab</i>	6	GLUCOPHAGE	QL(90 / 30)
<i>metformin hcl 500 mg tab</i>	6	GLUCOPHAGE	QL(150 / 30)
<i>metformin hcl er 750 mg tab er 24 hr</i>	6	GLUCOPHAGE XR	QL(60 / 30)
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr</i>	6	GLUCOPHAGE XR	QL(120 / 30)
MOUNJARO 10 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 12.5 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 15 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 2.5 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 5 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 7.5 mg/0.5ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(2 / 28)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 mg/3ml sc soln pen-inj	3		PA, QL(3 / 28)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 mg/3ml sc soln pen-inj	3		PA, QL(6 / 28)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 mg/3ml sc soln pen-inj	3		PA, QL(3 / 28)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	6	ACTOS	QL(30 / 30)
<i>repaglinide 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	6	PRANDIN	QL(120 / 30)
<i>repaglinide 2 mg tab</i>	6	PRANDIN	QL(240 / 30)
RYBELSUS 14 mg tab, 3 mg tab, 7 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
RYBELSUS (FORMULATION R2) 1.5 mg tab, 4 mg tab, 9 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)
SOLIQUA 100-33 unt-mcg/ml sc soln pen-inj	3		QL(30 / 30)
TRADJENTA 5 mg tab	3		QL(30 / 30)
XULTOPHY 100-3.6 unit-mg/ml sc soln pen-inj	3		QL(15 / 28)
Reguladores de Glucosa en Sangre (Productos en Combinación)			
<i>glipizide-metformin hcl 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab</i>	6	METAGLIP	QL(120 / 30)
<i>glipizide-metformin hcl 2.5-250 mg tab</i>	6	METAGLIP	QL(240 / 30)
<i>glyburide-metformin 1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab</i>	6	GLUCOVANCE	HR
JANUMET 50-1000 mg tab, 50-500 mg tab	3		QL(60 / 30)
JANUMET XR 100-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(30 / 30)
JANUMET XR 50-1000 mg tab er 24 hr, 50-500 mg tab er 24 hr	3		QL(60 / 30)
JENTADUETO 2.5-1000 mg tab, 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab	3		QL(60 / 30)
JENTADUETO XR 5-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(30 / 30)
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(60 / 30)
SYNJARDY 12.5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 5-500 mg tab	3		QL(60 / 30)
SYNJARDY XR 10-1000 mg tab er 24 hr, 25-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(30 / 30)
SYNJARDY XR 12.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(60 / 30)
TRIJARDY XR 10-5-1000 mg tab er 24 hr, 25-5-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(30 / 30)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-2.5-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(60 / 30)
XIGDUO XR 10-1000 mg tab er 24 hr, 10-500 mg tab er 24 hr	3		QL(30 / 30)
XIGDUO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3		QL(60 / 30)
Agentes Glucémicos			
<i>diazoxide 50 mg/ml susp</i>	2	PROGLYCEM	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 mg/0.1ml sc soln auto-inj, 1 mg/0.2ml sc soln auto-inj	3		

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
GVOKE PFS 0.5 mg/0.1ml sc soln pfs, 1 mg/0.2ml sc soln pfs	3		
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	5		PA, QL(112 / 28)
TRULICITY 0.75 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 1.5 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 3 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 4.5 mg/0.5ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(2 / 28)
Insulinas			
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ml misc	2		
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ml misc, 29G X 1/2" 0.5 ml misc	2		
BD PEN MINI misc	2		
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM misc	2		
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ml misc	2		
FIASP 100 unit/ml inj soln	3		QL(40 / 28)
FIASP FLEXTOUCH 100 unit/ml sc soln pen-inj	3		QL(30 / 28)
FIASP PENFILL 100 unit/ml sc soln cart	3		QL(30 / 28)
<i>gauze pads 2"X2" pad</i>	1		
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 unit/ml sc soln	3		QL(40 / 28)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 unit/ml sc soln pen-inj	3		QL(24 / 28)
LANTUS 100 unit/ml sc soln	2		QL(40 / 28)
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml sc soln pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2		QL(40 / 28)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 unit/ml sc susp pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLIN N 100 unit/ml sc susp	2		QL(40 / 28)
NOVOLIN N FLEXPEN 100 unit/ml sc susp pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLIN R 100 unit/ml inj soln	2		QL(40 / 28)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 unit/ml Injection Solution Pen-injector	2		QL(30 / 28)
NOVOLOG 100 unit/ml inj soln	2		QL(40 / 28)
NOVOLOG FLEXPEN 100 unit/ml sc soln pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2		QL(40 / 28)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 unit/ml sc susp pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLOG PENFILL 100 unit/ml sc soln cart	2		QL(30 / 28)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 misc	3		
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) kit	3		
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) misc	3		
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS misc	3		
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) misc	3		
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) misc	3		
OMNIPOD GO 10 unit/24hr kit, 15 unit/24hr kit, 20 unit/24hr kit, 25 unit/24hr kit, 30 unit/24hr kit, 35 unit/24hr kit, 40 unit/24hr kit	3		
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 unit/ml sc soln pen-inj	3		QL(18 / 28)
TOUJEO SOLOSTAR 300 unit/ml sc soln pen-inj	3		QL(13.5 / 28)
PRODUCTOS PARA LA SANGRE Y MODIFICADORES			
Agentes para la Hemostasia			
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	2	LYSTEDA	
Agentes Modificadores de Plaquetas			
CABLIVI 11 mg inj kit	5		PA, QL(30 / 30)
<i>dipyridamole 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	2	PERSANTINE	HR
TAVALISSE 100 mg tab, 150 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN			
Anticoagulantes			
<i>dabigatran etexilate mesylate 110 mg cap</i>	2		
<i>dabigatran etexilate mesylate 150 mg cap, 75 mg cap</i>	2	PRADAXA	
ELIQUIS 0.15 mg cap sprinkle, 0.5 mg tab sol	3		
ELIQUIS 2.5 mg tab	3		QL(60 / 30)
ELIQUIS 5 mg tab	3		QL(74 / 30)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 x 0.5 mg tab sol	3		

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 x 0.5 mg tab sol	3		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 mg tab pack	3		
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml inj soln pfs</i>	3	LOVENOX	QL(18 / 30)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml inj soln pfs</i>	3	LOVENOX	QL(24 / 30)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml inj soln pfs</i>	3	LOVENOX	QL(36 / 30)
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml inj soln pfs, 80 mg/0.8ml inj soln pfs</i>	3	LOVENOX	QL(48 / 30)
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml inj soln pfs, 150 mg/ml inj soln pfs</i>	3	LOVENOX	QL(60 / 30)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml sc soln</i>	3	ARIXTRA	QL(15 / 30)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml sc soln</i>	5	ARIXTRA	QL(12 / 30)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml sc soln</i>	5	ARIXTRA	QL(18 / 30)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml sc soln</i>	5	ARIXTRA	QL(24 / 30)
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln, 10000 unit/ml inj soln, 20000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	2		
<i>jantoven 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	COUMADIN	
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	2		QL(60 / 30)
<i>rivaroxaban 1 mg/ml susp</i>	2		QL(900 / 30)
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	COUMADIN	
XARELTO 10 mg tab, 20 mg tab	3		QL(30 / 30)
XARELTO 15 mg tab, 2.5 mg tab	3		QL(60 / 30)
XARELTO 1 mg/ml susp	3		QL(900 / 30)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 mg tab pack	3		
Modificadores de la Formación de la Sangre			
<i>anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap</i>	2	AGRYLIN	
DOPTELET 20 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
DOPTELET SPRINKLE 10 mg cap sprinkle	5		PA, QL(120 / 30)
FULPHILA 6 mg/0.6ml sc soln pfs	5		PA
LEUKINE 250 mcg inj soln	5		
MULPLETA 3 mg tab	5		PA, QL(7 / 7)
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln pfs	5		PA

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln pfs, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/0.8ml inj soln pfs, 480 mcg/1.6ml inj soln	5		PA
NYVEPRIA 6 mg/0.6ml sc soln pfs	5		PA
PROMACTA 25 mg tab	5		PA, QL(30 / 30)
PROMACTA 50 mg tab, 75 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
PROMACTA 12.5 mg pckt, 12.5 mg tab	5		PA, QL(90 / 30)
PROMACTA 25 mg pckt	5		PA, QL(180 / 30)
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	3		PA, QL(4 / 28)
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln, 2000 unit/ml inj soln, 20000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	3		PA, QL(12 / 28)
ROLVEDON 13.2 mg/0.6ml sc soln pfs	5		PA [^]
UDENYCA 6 mg/0.6ml sc soln auto-inj, 6 mg/0.6ml sc soln pfs	5		PA
UDENYCA ONBODY 6 mg/0.6ml sc soln pfs	5		PA
ZARXIO 300 mcg/0.5ml inj soln pfs, 480 mcg/0.8ml inj soln pfs	5		PA
Agentes Modificadores de Plaquetas			
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12 hr</i>	4	AGGRENOX	QL(60 / 30)
BRILINTA 60 mg tab	3		
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	2	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	PLAVIX	
<i>prasugrel hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	4	EFFIENT	QL(30 / 30)
<i>ticagrelor 90 mg tab</i>	2		
AGENTES CARDIOVASCULARES			
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
<i>clonidine 0.1 mg/24hr tdwk patch, 0.2 mg/24hr tdwk patch</i>	4	CATAPRES-TTS	QL(4 / 28)
<i>clonidine 0.3 mg/24hr tdwk patch</i>	4	CATAPRES-TTS	QL(8 / 28)
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	CATAPRES	
<i>droxidopa 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	4	NORTHERA	PA, QL(180 / 30)
<i>guanfacine hcl 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	TENEX	HR
<i>midodrine hcl 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	PROAMATINE	
Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos			
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	CARDURA	
<i>prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	4	MINIPRESS	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	HYTRIN	

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
Antagonistas del Receptor de Angiotensina II			
<i>candesartan cilexetil 16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	4	ATACAND	
<i>EDARBI 40 mg tab, 80 mg tab</i>	3		
<i>irbesartan 150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab</i>	6	AVAPRO	
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	6	COZAAR	
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	6	BENICAR	
<i>telmisartan 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	6	MICARDIS	
<i>valsartan 160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	6	DIOVAN	
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA)			
<i>benazepril hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	6	LOTENSIN	
<i>captopril 100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	CAPOTEN	
<i>enalapril maleate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	6	VASOTEC	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	6	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	6	ZESTRIL	
<i>perindopril erbumine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	6	ACEON	
<i>quinapril hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	6	ACCUPRIL	
<i>ramipril 1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap</i>	6	ALTACE	
<i>trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	6	MAVIK	
Antiarrítmicos			
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	CORDARONE	
<i>amiodarone hcl 400 mg tab</i>	4	CORDARONE	
<i>disopyramide phosphate 100 mg cap, 150 mg cap</i>	3	NORPACE	PAHRM,HR
<i>dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap</i>	4	TIKOSYN	
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	2	TAMBOCOR	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf 100 mg/5ml iv soln</i>	1		
<i>mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap</i>	2	MEXITIL	
<i>MULTAQ 400 mg tab</i>	3		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>pacerone 200 mg tab, 400 mg tab</i>	4	CORDARONE	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab</i>	2	RYTHMOL	
<i>quinidine sulfate 200 mg tab</i>	1		
<i>quinidine sulfate 300 mg tab</i>	2		
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	2	BETAPACE	
<i>sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab</i>	2	BETAPACE AF	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
<i>acebutolol hcl 200 mg cap, 400 mg cap</i>	2	SECTRAL	
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	TENORMIN	
<i>betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	KERLONE	
<i>bisoprolol fumarate 2.5 mg tab</i>	2		
<i>bisoprolol fumarate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	2	ZEBETA	
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	COREG	
<i>labetalol hcl 400 mg tab</i>	2		
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>	2	NORMODYNE	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr, 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	TOPROL XL	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	LOPRESSOR	
<i>nebivolol hcl 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	BYSTOLIC	
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	2	INDERAL	
<i>propranolol hcl 20 mg/5ml soln, 40 mg/5ml soln</i>	2	INDERAL	
<i>propranolol hcl er 120 mg cap er 24 hr, 160 mg cap er 24 hr, 60 mg cap er 24 hr, 80 mg cap er 24 hr</i>	4	INDERAL LA	
Agentes Bloqueadores de los Canales de Calcio			
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	NORVASC	
<i>cartia xt 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr</i>	2	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	2	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	2	CARDIZEM	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 12 hr, 60 mg cap er 12 hr, 90 mg cap er 12 hr</i>	4	CARDIZEM	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 420 mg cap er 24 hr</i>	2	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr</i>	2	CARDIZEM CD	
<i>nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap</i>	4	CARDENE	
<i>nifedipine 10 mg cap, 20 mg cap</i>	4	PROCARDIA	HR
<i>nifedipine er 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	ADALAT CC	
<i>nifedipine er osmotic release 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	PROCARDIA XL	
<i>taztia xt 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg cap er 24 hr</i>	2	TIAZAC	
<i>tiadylt er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg cap er 24 hr, 420 mg cap er 24 hr</i>	2	TIAZAC	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	2	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	2	VERELAN	
<i>verapamil hcl er 100 mg cap er 24 hr, 200 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg cap er 24 hr</i>	4	VERELAN	
Agentes Cardiovasculares (Productos en Combinación)			
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	2	MODURETIC	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl 10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap</i>	6	LOTREL	
<i>amlodipine besylate-valsartan 10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab</i>	6	EXFORGE	
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	2	TENORETIC	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab</i>	6	LOTENSIN HCT	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab</i>	2	ZIAC	
EDARBYCLOR 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab	3		
<i>enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab</i>	6	VASERETIC	
HYZAAR 50-12.5 mg tab	6		
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab</i>	6	AVALIDE	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	6	ZESTORETIC	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	6	HYZAAR	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab</i>	2	LOPRESSOR HCT	
<i>olmesartan medoxomil-hctz 20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab</i>	6	BENICAR HCT	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	6	ACCURETIC	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap</i>	1	DYAZIDE	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	MAXZIDE	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab</i>	6	DIOVAN HCT	
Agentes Cardiovasculares, Combinación			
BIDIL 20-37.5 mg tab	3		
Agentes Cardiovasculares, Otros			
<i>aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab</i>	4	TEKTURNA	
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	LANOXIN	HR
ENTRESTO 15-16 mg cap sprinkle, 6-6 mg cap sprinkle	3		
<i>ivabradine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2		QL(60 / 30)
KERENDIA 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	3		PA
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	5	DEMSEER	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	2	TRENTAL	
<i>ranolazine er 1000 mg tab er 12 hr</i>	4	RANEXA	QL(60 / 30)
<i>ranolazine er 500 mg tab er 12 hr</i>	4	RANEXA	QL(120 / 30)
<i>sacubitril-valsartan 49-51 mg tab, 97-103 mg tab</i>	2		QL(60 / 30)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>	2		QL(180 / 30)
VERQUVO 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	3		PA
Diuréticos, Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica			
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	2	DIAMOX	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12 hr</i>	2	DIAMOX	
<i>dichlorphenamide 50 mg tab</i>	5	KEVEYIS	PA, QL(120 / 30)
Diuréticos, Asa de Henle			
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	BUMEX	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml inj soln</i>	4	BUMEX	
<i>furosemide 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LASIX	
<i>furosemide 10 mg/ml inj soln, 10 mg/ml soln, 8 mg/ml soln</i>	2	LASIX	
<i>toremide 10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	DEMADEX	
Diuréticos, Conservadores de Potasio			
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	2	MIDAMOR	
<i>eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	4	INSPRA	
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	ALDACTONE	
Diuréticos, Tiazidas			
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	HYGROTON	
<i>hydrochlorothiazide 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	HYDRODIURIL	
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab</i>	1	MICROZIDE	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	LOZOL	
<i>metolazone 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	ZAROXOLYN	
Dislipidémicos, Derivados del Ácido Fóbrico			
<i>fenofibrate 145 mg tab, 160 mg tab, 48 mg tab, 54 mg tab</i>	2	TRICOR	
<i>fenofibrate micronized 134 mg cap, 200 mg cap, 67 mg cap</i>	4	TRICOR	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	LOPID	
Dislipidémicos, Inhibidores de la HMG CoA Reductasa			
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	6	LIPITOR	QL(30 / 30)
<i>LIVALO 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	3		QL(30 / 30)
<i>lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	6	MEVACOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 80 mg tab</i>	6	PRAVACHOL	
<i>pravastatin sodium 20 mg tab, 40 mg tab</i>	6	PRAVACHOL	QL(30 / 30)
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	6	CRESTOR	QL(30 / 30)
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	6	ZOCOR	QL(30 / 30)
Dislipidémicos, Otros			

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>cholestyramine 4 gm pckt</i>	2	QUESTRAN	
<i>cholestyramine light 4 gm pckt</i>	2	QUESTRAN LIGHT	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	2	COLESTID	
<i>colestipol hcl 5 gm pckt</i>	3	COLESTID	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	2	ZETIA	QL(30 / 30)
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	1	VASCEPA	QL(120 / 30)
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	1	VASCEPA	QL(240 / 30)
JUXTAPID 10 mg cap, 30 mg cap	5		PA, QL(30 / 30)
JUXTAPID 5 mg cap	5		PA, QL(45 / 30)
JUXTAPID 20 mg cap	5		PA, QL(90 / 30)
LEQVIO 284 mg/1.5ml sc soln pfs	1		PA, QL(1.5 / 90)
NEXLETOL 180 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)
NEXLIZET 180-10 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	2	NIASPAN	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er, 750 mg tab er</i>	4	NIASPAN	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	2	LOVAZA	QL(120 / 30)
PRALUENT 150 mg/ml sc soln auto-inj, 75 mg/ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(2 / 28)
<i>prevalite 4 gm pckt</i>	2	QUESTRAN LIGHT	
REPATHA 140 mg/ml sc soln pfs	3		PA, QL(6 / 28)
REPATHA SURECLICK 140 mg/ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(6 / 28)
Vasodilatadores Arteriales de Acción Directa			
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	APRESOLINE	
<i>minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab</i>	2	LONITEN	
Vasodilatadores Arteriovenosos de Acción Directa			
<i>isosorbide dinitrate 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab</i>	2	ISORDIL TITRADOSE	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.4 % rect oint</i>	4		QL(30 / 30)
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.2 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	NITRO-DUR	
<i>nitroglycerin 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl</i>	2	NITROSTAT	
RECTIV 0.4 % rect oint	4		QL(30 / 30)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
Agentes para el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad, Anfetaminas			
<i>amphetamine-dextroamphet er 10 mg cap er 24 hr, 15 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr</i>	4	ADDERALL XR	QL(30 / 30)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg cap er 24 hr, 25 mg cap er 24 hr, 30 mg cap er 24 hr</i>	4	ADDERALL XR	QL(60 / 30)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	ADDERALL	QL(60 / 30)
<i>dextroamphetamine sulfate 2.5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	4		QL(90 / 30)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	4	DEXTROSTAT	QL(90 / 30)
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	4	DEXTROSTAT	QL(180 / 30)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab, 30 mg tab</i>	4	ZENZEDI	QL(60 / 30)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	4	ZENZEDI	QL(90 / 30)
Agentes para el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad, No-Anfetaminas			
<i>armodafinil 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab</i>	2	NUVIGIL	QL(30 / 30)
<i>atomoxetine hcl 100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	3	STRATTERA	QL(30 / 30)
<i>atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap</i>	3	STRATTERA	QL(60 / 30)
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	FOCALIN	QL(60 / 30)
<i>guanfacine hcl er 1 mg tab er 24 hr, 2 mg tab er 24 hr, 3 mg tab er 24 hr, 4 mg tab er 24 hr</i>	2	INTUNIV	QL(30 / 30), HR
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml soln, 5 mg/5ml soln</i>	2	METHYLIN	QL(900 / 30)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	RITALIN	QL(90 / 30)
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap er, 20 mg cap er, 40 mg cap er, 50 mg cap er, 60 mg cap er</i>	4	METADATE CD	QL(30 / 30)
<i>methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap er</i>	4	METADATE CD	QL(60 / 30)
<i>methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap er 24 hr, 20 mg cap er 24 hr, 40 mg cap er 24 hr, 60 mg cap er 24 hr</i>	4	RITALIN LA	QL(30 / 30)
<i>methylphenidate hcl er (la) 30 mg cap er 24 hr</i>	4	RITALIN LA	QL(60 / 30)
Sistema Nervioso Central, Otros			
AUSTEDO 6 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
AUSTEDO 12 mg tab, 9 mg tab	5		PA, QL(120 / 30)
AUSTEDO XR 12 mg tab er 24 hr, 18 mg tab er 24 hr, 24 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 36 mg tab er 24 hr, 42 mg tab er 24 hr, 48 mg tab er 24 hr	5		PA, QL(60 / 30)
AUSTEDO XR 6 mg tab er 24 hr	5		PA, QL(240 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 mg tab er pack	5		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 mg tab er pack	5		PA
INGREZZA 40 mg cap, 40 mg cap sprinkle, 60 mg cap, 60 mg cap sprinkle, 80 mg cap, 80 mg cap sprinkle	5		PA
<i>riluzole 50 mg tab</i>	2	RILUTEK	QL(60 / 30)
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	4	XENAZINE	PA, QL(112 / 28)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	XENAZINE	PA, QL(112 / 28)
VEOZAH 45 mg tab	3		PANSO, QL(30 / 30)
Agentes para Fibromialgia			
<i>milnacipran hcl 100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2		QL(60 / 30)
SAVELLA TITRATION PACK 12.5 & 25 & 50 mg oral misc	3		
Agentes para la Esclerosis Múltiple			
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im auto-inj kit	5		PA, QL(1 / 28)
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im pfs kit	5		PA, QL(1 / 28)
BETASERON 0.3 mg sc kit	5		PA, QL(15 / 30)
<i>cladribine (8 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12 hr</i>	2	AMPYRA	PA, QL(60 / 30)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	4	TECFIDERA	PA, QL(14 / 7)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	4	TECFIDERA	PA, QL(60 / 30)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cap dr pack</i>	4	TECFIDERA STARTER PACK	PA
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	5	GILENYA	PA, QL(30 / 30)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml sc soln pfs</i>	5	COPAXONE	PA, QL(12 / 28)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml sc soln pfs</i>	5	COPAXONE	PA, QL(30 / 30)
<i>glatopa 40 mg/ml sc soln pfs</i>	5	COPAXONE	PA, QL(12 / 28)
<i>glatopa 20 mg/ml sc soln pfs</i>	5	COPAXONE	PA, QL(30 / 30)
KESIMPTA 20 mg/0.4ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(1.2 / 28)
MAVENCLAD (10 TABS) 10 mg tab pack	5		PA
MAVENCLAD (4 TABS) 10 mg tab pack	5		PA
MAVENCLAD (5 TABS) 10 mg tab pack	5		PA
MAVENCLAD (6 TABS) 10 mg tab pack	5		PA
MAVENCLAD (7 TABS) 10 mg tab pack	5		PA

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
MAVENCLAD (9 TABS) 10 mg tab pack	5		PA
MAYZENT 1 mg tab	5		PA
MAYZENT 2 mg tab	5		PA, QL(30 / 30)
MAYZENT 0.25 mg tab	5		PA, QL(112 / 28)
MAYZENT STARTER PACK 7 x 0.25 mg tab pack	4		PA
MAYZENT STARTER PACK 12 x 0.25 mg tab pack	5		PA
OCREVUS 300 mg/10ml iv soln	1		PA
OCREVUS ZUNOVO 920-23000 mg-ut/23ml sc soln	1		PA, QL(1 / 180)
PLEGRIDY 125 mcg/0.5ml sc soln auto-inj, 125 mcg/0.5ml sc soln pfs	5		PA, QL(1 / 28)
<i>teriflunomide 14 mg tab, 7 mg tab</i>	5	AUBAGIO	PA, QL(30 / 30)
VUMERITY 231 mg cap dr	5		PA, QL(120 / 30)
AGENTES DENTALES Y ORALES			
AGENTES DENTALES Y ORALES			
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % m/t soln</i>	1	PERIDEX	
<i>kourzeq 0.1 % m/t paste</i>	2	KENALOG IN ORABASE	
<i>oralone 0.1 % m/t paste</i>	2	KENALOG IN ORABASE	
<i>periogard 0.12 % m/t soln</i>	1	PERIDEX	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	SALAGEN	
<i>triamcinolone acetone 0.1 % m/t paste</i>	2	KENALOG IN ORABASE	
AGENTES DERMATOLÓGICOS			
Agentes para Dermatitis y Prurito			
EUCRISA 2 % oint	3		
AGENTES DERMATOLÓGICOS			
<i>accutane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	ABSORICA	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	2	SORIATANE	
<i>adapalene 0.1 % crm</i>	4	DIFFERIN	
ALTRENO 0.05 % lot	4		PA
<i>ammonium lactate 12 % crm, 12 % lot</i>	2	LAC-HYDRIN	
<i>calcipotriene 0.005 % crm</i>	4	DOVONEX	QL(120 / 30)
COSENTYX 75 mg/0.5ml sc soln pfs	5		PA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 mg/ml sc soln pfs	5		PA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 mg/ml sc soln auto-inj	5		PA
COSENTYX UNOREADY 300 mg/2ml sc soln auto-inj	5		PA
DUPIXENT 200 mg/1.14ml sc soln auto-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs	5		PA, QL(4.56 / 28)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
DUPIXENT 300 mg/2ml sc soln auto-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	5		PA, QL(8 / 28)
<i>fluorouracil 0.5 % crm</i>	5	CARAC	
<i>fluorouracil 2 % ext soln, 5 % ext soln</i>	2	EFUDEX	
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	ABSORICA	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	5	OXSORALEN-ULTRA	
OTEZLA 10 & 20 & 30 mg tab pack, 4 x 10 & 51 x20 mg tab pack	5		PA
OTEZLA 20 mg tab, 30 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
OTEZLA XR 75 mg tab er 24 hr	5		PA, QL(30 / 30)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 mg tab pack	5		PA
<i>pimecrolimus 1 % crm</i>	4	ELIDEL	QL(100 / 30)
<i>podofilox 0.5 % ext soln</i>	2	CONDYLOX	
SANTYL 250 unit/gm oint	4		QL(180 / 30)
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	2	SELSUN	
STELARA 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs	5		PA, QL(0.5 / 28)
STELARA 90 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(1 / 28)
<i>tacrolimus 0.03 % oint, 0.1 % oint</i>	4	PROTOPIC	QL(100 / 30)
<i>tazarotene 0.05 % crm</i>	4		
<i>tazarotene 0.1 % crm</i>	4	TAZORAC	
TREMFYA 100 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(2 / 28)
TREMFYA ONE-PRESS 100 mg/ml sc soln pen-inj	5		PA, QL(2 / 28)
<i>tretinoin 0.05 % gel</i>	4	ATRALIN	PA
<i>tretinoin 0.01 % gel, 0.025 % crm, 0.025 % gel, 0.05 % crm, 0.1 % crm</i>	4	RETIN-A	PA
<i>ustekinumab 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs</i>	5		PA, QL(0.5 / 28)
<i>ustekinumab 90 mg/ml sc soln pfs</i>	5		PA, QL(1 / 28)
YESINTEK 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs	4		PA, QL(1 / 28)
YESINTEK 90 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(1 / 28)
<i>zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	ABSORICA	
Agentes Dermatológicos (Productos en Combinación)			
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % crm</i>	2	LOTRISONE	QL(90 / 30)
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>calcipotriene 0.005 % ext soln</i>	4	DOVONEX	QL(120 / 30)
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	4	SOLARAZE	PA, QL(100 / 28)
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	2	EFUDEX	
<i>imiquimod 5 % crm</i>	2	ALDARA	QL(24 / 30)
Pediculicidas/Escabicidas			
<i>malathion 0.5 % lot</i>	4	OVIDE	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>permethrin 5 % crm</i>	2	ELIMITE	
Anti-infecciosos tópicos			
ZELSUVMI 10.3 % gel	5		PA, QL(62 / 84)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS			
Reemplazo de Electrolitos/Minerales			
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	5	CARBAGLU	
ISOLYTE-S PH 7.4 iv soln	3		
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	2		
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	2	KLOR-CON	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	2	KLOR-CON	
<i>levocarnitine 200 mg/ml iv soln</i>	6		
<i>levocarnitine 1 gm/10ml soln</i>	2	CARNITOR	
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	4	CARNITOR	
<i>levocarnitine (dietary) 1 gm/10ml soln</i>	2		
<i>magnesium sulfate 2 gm/50ml iv soln, 20 gm/500ml iv soln, 4 gm/100ml iv soln, 4 gm/50ml iv soln, 40 gm/1000ml iv soln, 50 % inj soln</i>	2		
<i>magnesium sulfate 50 % inj soln</i>	2		PA(*)
<i>magnesium sulfate in d5w 1-5 gm/100ml-% iv soln</i>	2		
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 iv soln</i>	2		
PLASMA-LYTE 148 iv soln	3		
PLASMA-LYTE A iv soln	3		
<i>potassium chloride 2 meq/ml iv soln</i>	1		PA(*)
<i>potassium chloride 20 MEQ/15ML (10%) soln, 40 MEQ/15ML (20%) soln</i>	4	K-SOL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er</i>	2		
<i>potassium chloride crys er 15 meq tab er, 20 meq tab er</i>	2	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 15 meq tab er</i>	2		
<i>potassium chloride er 20 meq tab er</i>	2	K-TAB	
<i>potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er</i>	2	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	MICRO-K	
<i>potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% iv soln</i>	2		
<i>potassium citrate er 10 MEQ (1080 mg) tab er, 15 MEQ (1620 mg) tab er, 5 MEQ (540 mg) tab er</i>	2	UROKIT-K	
REVCIVI 2.4 mg/1.5ml im soln	5		PA
<i>sodium chloride 0.45 % iv soln, 0.9 % iv soln</i>	2		
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % inj soln</i>	2		
XURIDEN 2 gm pckt	5		PA, QL(120 / 30)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
Reemplazo de Electrolitos/Minerales (Productos en Combinación)			
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - gm/175ml soln	3		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 2.75 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 5 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 5 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 4.25 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 4.25 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 5 % iv soln	4		PA(*)
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 5 % iv soln	4		PA(*)
<i>dextrose 5 % iv soln</i>	2		
<i>dextrose 10 % iv soln</i>	2		PA(*)
<i>dextrose-nacl 5-0.9 % iv soln</i>	2		
<i>dextrose-nacl 5-0.45 % iv soln</i>	4		
<i>dextrose-sodium chloride 5-0.9 % iv soln</i>	2		
<i>dextrose-sodium chloride 5-0.45 % iv soln</i>	4		
INTRALIPID 20 % iv emul, 30 % iv emul	4		PA(*)
ISOLYTE-P IN D5W iv soln	3		
NUTRILIPID 20 % iv emul	4		PA(*)
PROSOL 20 % iv soln	4		PA(*)
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5-3.13-1.6 gm/177ml soln	3		
SUTAB 1479-225-188 mg tab	3		
TRAVASOL 10 % iv soln	4		PA(*)
TROPHAMINE 10 % iv soln	4		PA(*)
Reemplazo de Electrolitos/Minerales			
<i>denta 5000 plus 1.1 % dental crm</i>	1	PREVIDENT 5000 PLUS	
<i>dentagel 1.1 % dental gel</i>	1		
<i>sodium fluoride 1.1 % dental gel</i>	1		
<i>sodium fluoride 5000 ppm 1.1 % dental crm</i>	1	PREVIDENT 5000 PLUS	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive 1.1-5 % dental gel</i>	1		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
Modificadores de Electrolitos/Minerales/Metales			
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	2	EXJADE	PA
<i>deferasirox 250 mg tab sol</i>	4	EXJADE	PA
<i>deferasirox 500 mg tab sol</i>	5	EXJADE	PA
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	3	JADENU	PA
<i>deferasirox 180 mg tab, 360 mg tab</i>	4	JADENU	PA
<i>deferasirox granules 180 mg pckt, 360 mg pckt, 90 mg pckt</i>	5	JADENU SPRINKLE	PA
<i>deferiprone 1000 mg tab, 500 mg tab</i>	5	FERRIPROX	PA
FERRIPROX 100 mg/ml soln	5		PA
LOKELMA 5 gm pckt	3		QL(30 / 30)
LOKELMA 10 gm pckt	3		QL(34 / 30)
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml cmb susp</i>	2		
<i>sodium polystyrene sulfonate oral pwdr sps (sodium polystyrene sulf) 15 gm/60ml cmb susp</i>	2	KAYEXALATE	
<i>tolvaptan 15 mg tab pack, 30 & 15 mg tab pack, 45 & 15 mg tab pack, 60 & 30 mg tab pack, 90 & 30 mg tab pack</i>	5		PA, QL(56 / 28)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	5	JYNARQUE	PA, QL(120 / 30)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	5	SAMSCA	PA, QL(120 / 30)
<i>trientine hcl 500 mg cap</i>	5		PA, QL(240 / 30)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	5	SYPRINE	PA, QL(240 / 30)
Fijadores de Fosfato			
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg tab</i>	2	ELIPHOS	
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	2	PHOSLO	
<i>lanthanum carbonate 1000 mg tab chew, 500 mg tab chew, 750 mg tab chew</i>	2	FOSRENOL	
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt, 800 mg tab</i>	4	REVELA	
<i>sevelamer hcl 400 mg tab, 800 mg tab</i>	3	RENAGEL	
VELPHORO 500 mg tab chew	3		
AGENTES GASTROINTESTINALES			
Agentes Contra el Estreñimiento			
<i>constulose 10 gm/15ml soln</i>	2	CONSTULOSE	
<i>enulose 10 gm/15ml soln</i>	2	CONSTULOSE	
GAVILYTE-C 240 gm soln	2		
<i>gavilyte-g 236 gm soln</i>	2	GOLYTELY	
<i>generlac 10 gm/15ml soln</i>	2	CONSTULOSE	
<i>lactulose 10 gm/15ml soln</i>	2	CONSTULOSE	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm soln</i>	2	NULYTELY	
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm soln</i>	2	GOLYTELY	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
Agentes Antidiarreicos			
<i>alose tron hcl 0.5 mg tab</i>	3	LOTRONEX	
<i>alose tron hcl 1 mg tab</i>	5	LOTRONEX	
XERMELO 250 mg tab	5		PA, QL(90 / 30)
Antiespasmódicos, Gastrointestinales			
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	2	BENTYL	PAHRM,HR
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	4	BENTYL	PAHRM,HR
<i>glycopyrrolate 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	ROBINUL	
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	4	PAMINE	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	4	GASTROCROM	
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	4	LOMOTIL	PAHRM,HR
GATTEX 5 mg sc kit	5		PA
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	2	IMODIUM	
MOVANTI K 12.5 mg tab, 25 mg tab	3		QL(30 / 30)
REZDIFFRA 100 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab	5		PA, QL(30 / 30)
SEROSTIM 4 mg sc soln, 5 mg sc soln, 6 mg sc soln	5		PA
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	2	ACTIGALL	
<i>ursodiol 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	URSO	
VOWST cap	5		PA
Antagonistas del Receptor de Histamina₂ (H₂)			
<i>cimetidine hcl 300 mg/5ml soln</i>	2	TAGAMET	
<i>famotidine 40 mg/4ml iv soln</i>	2		
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	PEPCID	
<i>nizatidine 150 mg cap, 300 mg cap</i>	2	AXID	
Agentes para el Síndrome del Colon Irritable			
LINZESS 145 mcg cap, 290 mcg cap, 72 mcg cap	3		QL(30 / 30)
<i>lubiprostone 24 mcg cap, 8 mcg cap</i>	3	AMITIZA	QL(60 / 30)
Protectores			
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	2	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	2	CARAFATE	
Inhibidores de la Bomba de Protones			
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	2	NEXIUM	QL(30 / 30)
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	2	NEXIUM	QL(60 / 30)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	4	PREVACID	QL(30 / 30)
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	4	PREVACID	QL(60 / 30)
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	PRILOSEC	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate 20-1100 mg cap, 40-1100 mg cap</i>	4	ZEGERID	QL(30 / 30), ST

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	1	PROTONIX	QL(30 / 30)
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	1	PROTONIX	QL(60 / 30)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	2	ACIPHEX	QL(30 / 30)
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO			
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO			
<i>betaine oral pwdr</i>	5	CYSTADANE	
CERDELGA 84 mg cap	5		PA
CREON 12000-38000 unit cap dr prt, 24000-76000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt, 36000-114000 unit cap dr prt, 6000-19000 unit cap dr prt	3		
FORZINITY 280 mg/3.5ml sc soln	5		PA, QL(4 / 28)
GLASSIA 1000 mg/50ml iv soln	1		PA
<i>glycerol phenylbutyrate 1.1 gm/ml liq</i>	5		PA
<i>miglustat 100 mg cap</i>	5	ZAVESCA	PA, QL(90 / 30)
<i>nitisinone 10 mg cap, 2 mg cap, 20 mg cap, 5 mg cap</i>	5	ORFADIN	PA
NITYR 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	5		PA
ORFADIN 20 mg cap	5		PA
ORFADIN 4 mg/ml susp	5		PA
PALYNZIQ 10 mg/0.5ml sc soln pfs, 2.5 mg/0.5ml sc soln pfs, 20 mg/ml sc soln pfs	5		PA
PROLASTIN-C 1000 mg/20ml iv soln	5		PA(*)
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg tab</i>	5	KUVAN	
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg tab</i>	5	BUPHENYL	
ZENPEP 10000-32000 unit cap dr prt, 15000-47000 unit cap dr prt, 20000-63000 unit cap dr prt, 25000-79000 unit cap dr prt, 3000-10000 unit cap dr prt, 40000-126000 unit cap dr prt, 5000-24000 unit cap dr prt, 60000-189600 unit cap dr prt	3		
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO			
Desorden Genético o Enzimático o Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
EVRYSDI 0.75 mg/ml soln	5		PA
GALAFOLD 123 mg cap	5		PA, QL(14 / 28)
PYRUKYND 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	5		PA
PYRUKYND TAPER PACK 5 mg tab pack, 7 x 20 MG & 7 x 5 mg tab pack, 7 x 50 MG & 7 x 20 mg tab pack	5		PA
VIJOICE 50 mg pckt	5		PANSO
VYNDAMAX 61 mg cap	5		PA, QL(30 / 30)
AGENTES GENITOURINARIOS			
Antiespasmódicos, Urinarios			

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
GEMTESA 75 mg tab	4		
MYRBETRIQ 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	3		
<i>oxybutynin chloride 2.5 mg tab</i>	2		
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	2	DITROPAN	
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5ml soln</i>	2	DITROPAN	
<i>oxybutynin chloride er 10 mg tab er 24 hr, 15 mg tab er 24 hr, 5 mg tab er 24 hr</i>	2	DITROPAN	
<i>tolterodine tartrate 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	DETROL	
<i>tolterodine tartrate er 2 mg cap er 24 hr, 4 mg cap er 24 hr</i>	2	DETROL LA	
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	4	SANCTURA	
Agentes para la Hipertrofia Prostática Benigna			
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24 hr</i>	1	UROXATRAL	QL(30 / 30)
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	2	AVODART	
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	PROSCAR	
<i>tadalafil 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	CIALIS	PA, QL(30 / 30)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	FLOMAX	
Agentes Genitourinarios, Otros			
<i>bethanechol chloride 10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	2	URECHOLINE	
ELMIRON 100 mg cap	4		QL(90 / 30)
<i>penicillamine 250 mg cap</i>	5	CUPRIMINE	PA
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	5	DEPEN TITRATABS	PA
<i>sildenafil citrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	VIAGRA	EX, QL(6 / 30)
<i>tiopronin 100 mg tab dr, 300 mg tab dr</i>	5		PA
<i>tiopronin 100 mg tab</i>	5	THIOLA	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (ADRENALES)			
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (ADRENALES)			
ACTHAR 80 unit/ml inj gel	5		PA, QL(35 / 28)
ACTHAR GEL 40 unit/0.5ml sc pen-inj, 80 unit/ml sc pen-inj	5		PA
<i>ala-cort 1 % crm</i>	1	ALA-CORT	
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % crm, 0.05 % oint</i>	2	ACLOVATE	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % crm, 0.05 % oint</i>	2	DIPROSONE	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % lot</i>	2	DIPROSONE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm, 0.05 % gel, 0.05 % oint</i>	2	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % lot</i>	3	DIPROLENE	
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % oint</i>	2	BETA-VAL	
<i>betamethasone valerate 0.1 % lot</i>	2	BETA-VAL	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>budesonide 2 mg rect foam</i>	1		
<i>clobetasol propionate 0.05 % ext soln</i>	2	TEMOVATE	
<i>clobetasol propionate 0.05 % crm</i>	2	TEMOVATE-E	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % crm</i>	2	TEMOVATE-E	
CORTROPHIN 80 unit/ml inj gel	5		PA, QL(35 / 28)
CORTROPHIN GEL 40 unit/0.5ml Subcutaneous Prefilled Syringe, 80 unit/ml Subcutaneous Prefilled Syringe	5		PA, QL(35 / 28)
<i>desoximetasone 0.25 % crm</i>	2	TOPICORT	QL(120 / 30)
<i>dexamethasone 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2		
<i>dexamethasone 0.5 mg/5ml soln</i>	2		
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1.5 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	2	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml inj soln</i>	1		
<i>dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml inj soln</i>	1	HEXADROL	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	2	FLORINEF	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % crm, 0.025 % crm, 0.025 % oint</i>	2	SYNALAR	
<i>fluocinonide 0.05 % crm</i>	2	LIDEX	
<i>fluocinonide 0.05 % ext soln</i>	2	LIDEX	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % crm</i>	4	LIDEX-E	
<i>fluticasone propionate 0.005 % oint, 0.05 % crm</i>	2	CUTIVATE	
<i>halobetasol propionate 0.05 % crm, 0.05 % oint</i>	2	ULTRAVATE	
<i>hydrocortisone 2 % lot</i>	2		
<i>hydrocortisone 1 % crm</i>	1	ALA-CORT	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	CORTEF	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema</i>	4	CORTENEMA	
<i>hydrocortisone 1 % oint, 2.5 % oint</i>	1	HYTONE	
<i>hydrocortisone 2.5 % lot</i>	2	HYTONE	
<i>hydrocortisone (perianal) 2.5 % crm</i>	1	ANUSOL HC	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % crm, 0.1 % oint</i>	2	LOCOID	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ext soln, 0.1 % lot</i>	2	LOCOID	
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % crm, 0.2 % oint</i>	2	WESTCORT	
<i>mometasone furoate 0.1 % crm, 0.1 % ointment</i>	2	ELOCON	
<i>mometasone furoate 0.1 % ext soln</i>	2	ELOCON	
<i>prednisolone 5 mg tab</i>	2	MILLIPRED	PA(*)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln</i>	2	PRELONE	PA(*)
<i>prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml soln</i>	3		PA(*)
<i>prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml soln</i>	3	PEDIAPRED	PA(*)
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1		
<i>prednisone 10 mg (21) tab pack, 10 mg (48) tab pack, 5 mg (21) tab pack, 5 mg (48) tab pack</i>	2		
<i>prednisone 5 mg/5ml soln</i>	3		
<i>procto-med hc 2.5 % crm</i>	2	ANUSOL HC	
<i>proctosol hc 2.5 % crm</i>	2	ANUSOL HC	
<i>proctozone-hc 2.5 % crm</i>	2	ANUSOL HC	
<i>SOLU-CORTEF 100 mg inj soln</i>	4		
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % oint</i>	1	KENALOG	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % oint, 0.5 % oint</i>	2	KENALOG	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % lot, 0.1 % lot</i>	2	KENALOG	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % crm, 0.1 % crm, 0.5 % crm</i>	1	TRIDERM	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA)			
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA)			
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	MINIRIN	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab, 0.2 mg tab</i>	2	DDAVP	
<i>EGRIFTA SV 2 mg sc soln</i>	5		PA, QL(30 / 30)
<i>EGRIFTA WR 11.6 mg sc kit</i>	5		PA, QL(1 / 28)
<i>INCRELEX 40 mg/4ml sc soln</i>	5		
<i>NORDITROPIN FLEXPRO 10 mg/1.5ml sc soln pen-inj, 15 mg/1.5ml sc soln pen-inj, 5 mg/1.5ml sc soln pen-inj</i>	5		PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)			
Andrógenos			
<i>danazol 100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap</i>	3	DANOCRINE	
<i>testosterone 20.25 MG/ACT (1.62%) td gel</i>	2	ANDROGEL	PA, QL(150 / 30)
<i>testosterone 12.5 MG/ACT (1%) td gel</i>	3	ANDROGEL	PA, QL(300 / 30)
<i>testosterone 25 MG/2.5GM (1%) td gel, 50 MG/5GM (1%) td gel</i>	4	ANDROGEL	PA, QL(300 / 30)
<i>testosterone 30 mg/act td soln</i>	4	AXIRON	PA, QL(180 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln</i>	2	DEPO-TESTOSTERONE	PA
<i>testosterone enanthate 200 mg/ml im soln</i>	2	DELATESTRYL	PA, QL(5 / 28)
XYOSTED 100 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 50 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 75 mg/0.5ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(2 / 28)
Estrógenos			
<i>dotti 0.025 mg/24hr tdbiw patch, 0.0375 mg/24hr tdbiw patch, 0.05 mg/24hr tdbiw patch, 0.075 mg/24hr tdbiw patch, 0.1 mg/24hr tdbiw patch</i>	2	VIVELLE-DOT	QL(8 / 28)
<i>estradiol 0.025 mg/24hr tdwk patch, 0.0375 mg/24hr tdwk patch, 0.05 mg/24hr tdwk patch, 0.06 mg/24hr tdwk patch, 0.075 mg/24hr tdwk patch, 0.1 mg/24hr tdwk patch</i>	2	CLIMARA	QL(4 / 28), HR
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	ESTRACE	HR
<i>estradiol 0.01 % vag crm</i>	2	ESTRACE	
<i>estradiol 10 mcg vag tab</i>	2	VAGIFEM	QL(18 / 28)
<i>estradiol 0.025 mg/24hr tdbiw patch, 0.0375 mg/24hr tdbiw patch, 0.05 mg/24hr tdbiw patch, 0.075 mg/24hr tdbiw patch, 0.1 mg/24hr tdbiw patch</i>	2	VIVELLE-DOT	QL(8 / 28), HR
<i>estradiol valerate 10 mg/ml im oil</i>	2		
<i>estradiol valerate 20 mg/ml im oil, 40 mg/ml im oil</i>	2	DELESTROGEN	
<i>estrogens conjugated 0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab</i>	2		
FEMRING 0.05 mg/24hr vag ring, 0.1 mg/24hr vag ring	4		QL(1 / 84)
<i>lyllana 0.025 mg/24hr tdbiw patch, 0.0375 mg/24hr tdbiw patch, 0.05 mg/24hr tdbiw patch, 0.075 mg/24hr tdbiw patch, 0.1 mg/24hr tdbiw patch</i>	2	VIVELLE-DOT	QL(8 / 28)
PREMARIN 0.625 mg/gm vag crm	3		
<i>yuvafem 10 mcg vag tab</i>	2	VAGIFEM	QL(18 / 28)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)			
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	SEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	SEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MIRCETTE	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	SEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	SEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	2	SEASONALE	QL(91 / 84)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	SEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MIRCETTE	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	2	LOSEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	2	SEASONALE	QL(91 / 84)
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	2	LOSEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MIRCETTE	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	2	SEASONALE	QL(91 / 84)
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MIRCETTE	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	SEASONIQUE	QL(91 / 84)
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MIRCETTE	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	MIRCETTE	
Agentes Hormonales, Estimulantes/Reemplazo/Modificador (Hormonas Sexuales/Modificadores) (Productos en Combinación)			
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	NORDETTE	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>amabelz 0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab</i>	2	ACTIVELLA	HR
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>AVERI 0.15-0.03 mg tab</i>	2		
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	NORDETTE	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	NORDETTE	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2		
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.03 mg tab</i>	2	YASMIN	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab</i>	2	YAZ	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr vag ring</i>	4	NUVARING	QL(1 / 28)
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr vag ring</i>	4	NUVARING	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	ORTHO-CYCLEN (28)	
<i>estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg tab</i>	2	ACTIVELLA	HR
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr vag ring</i>	2	NUVARING	QL(1 / 28)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>fyavolv 0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab</i>	2	FEMHRT	HR
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	2	YAZ	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	2	FEMHRT	HR
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	DEMULEN	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	2	DEMULEN	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	NORDETTE	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>larin 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	ENPRESSE 28 DAY	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	ENPRESSE 28 DAY	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	2		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	2	YAZ	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	2	YAZ	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2		
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	NORDETTE	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	ORTHO-CYCLEN (28)	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	2	ACTIVELLA	HR
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	ORTHO-CYCLEN (28)	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	2	YAZ	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr tdwk patch</i>	2		QL(3 / 28)
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	2	TAYTULLA	
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	LOESTRIN	
<i>norethindrone-eth estradiol 0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab</i>	2	FEMHRT	HR
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	ORTHO-CYCLEN (28)	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	NORDETTE	
<i>PREMPHASE 0.625-5 mg tab</i>	3		HR
<i>PREMPRO 0.3-1.5 mg tab, 0.45-1.5 mg tab, 0.625-2.5 mg tab, 0.625-5 mg tab</i>	3		HR
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	DESOGEN	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	ORTHO-CYCLEN (28)	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	2	YASMIN	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	2	LOESTRIN FE	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	1	LOESTRIN FE	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	ORTHO TRI-CYCLEN	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	ORTHO TRI-CYCLEN	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	ENPRESSE 28 DAY	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	DEMULEN	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	2	DEMULEN	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab	2		
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	2	YAZ	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	ALESSE	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	ORTHO-CYCLEN (28)	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	2		
<i>xulane 150-35 mcg/24hr tdwk patch</i>	4		QL(3 / 28)
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr tdwk patch</i>	4		QL(3 / 28)
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	2	DEMULEN	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	2	YASMIN	
Progestinas			
<i>camila 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 mg/0.65ml sc susp pfs	3		QL(1 / 84)
<i>errin 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml im susp, 150 mg/ml im susp pfs</i>	2	DEPO-PROVERA	QL(1 / 84)
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	PROVERA	
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	MEGACE	HR
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp</i>	2	MEGACE	HR

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
NEXPLANON 68 mg sc implant	3		
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	2	AYGESTIN	
<i>progesterone 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	PROMETRIUM	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	1	NOR-QD	
SKYLA 13.5 mg iud	3		
Agentes Modificadores Selectivos del Receptor de Estrógeno			
DUAVEE 0.45-20 mg tab	3		HR
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	EVISTA	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES)			
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES)			
<i>levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab</i>	1	SYNTHROID	
<i>liothyronine sodium 25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab</i>	2	CYTOMEL	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)			
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)			
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	2	DOSTINEX	
ELIGARD 22.5 mg sc kit, 30 mg sc kit, 45 mg sc kit, 7.5 mg sc kit	4		
FIRMAGON 80 mg sc soln	4		PANSO
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 mg/vial sc soln	5		PANSO
<i>lanreotide acetate 120 mg/0.5ml sc soln</i>	1		PANSO
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml inj kit</i>	4	LUPRON	
<i>leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg im inj</i>	4		
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit	5		
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25 mg im kit, 22.5 mg im kit	5		
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 mg im kit	5		
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 mg im kit	5		
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 mg im kit	5		
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 mg im kit	5		
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 45 mg im kit	5		
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/ml inj soln, 200 mcg/ml inj</i>	3	SANDOSTATIN	

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>soln, 50 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>			
ORGOVYX 120 mg tab	5		PANSO
ORILISSA 150 mg tab	5		PA, QL(28 / 28)
ORILISSA 200 mg tab	5		PA, QL(56 / 28)
SIGNIFOR 0.3 mg/ml sc soln, 0.6 mg/ml sc soln, 0.9 mg/ml sc soln	5		PA, QL(60 / 30)
SOMAVERT 10 mg sc soln, 15 mg sc soln, 20 mg sc soln, 25 mg sc soln, 30 mg sc soln	5		PA
SYNAREL 2 mg/ml nasal soln	5		
TRELSTAR MIXJECT 3.75 mg im susp	4		QL(1 / 28)
TRELSTAR MIXJECT 11.25 mg im susp	4		QL(1 / 84)
TRELSTAR MIXJECT 22.5 mg im susp	4		QL(1 / 168)
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE)			
Agentes Antitiroideos			
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	TAPAZOLE	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2		
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
Agentes de la Angioedema			
CINRYZE 500 unit iv soln	5		PA, QL(20 / 30)
HAEGARDA 3000 unit sc soln	5		PA, QL(20 / 30)
HAEGARDA 2000 unit sc soln	5		PA, QL(30 / 30)
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml sc soln pfs</i>	5		PA, QL(18 / 30)
<i>sajazir 30 mg/3ml sc soln pfs</i>	5		PA, QL(18 / 30)
ULTOMIRIS 1100 mg/11ml iv soln, 300 mg/3ml iv soln	1		PA
Agentes de la Angioedema			
ORLADEYO 110 mg cap, 150 mg cap	5		PA, QL(30 / 30)
TAKHZYRO 150 mg/ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln, 300 mg/2ml sc soln pfs	5		PA, QL(4 / 28)
Inmunosupresores			
ASTAGRAF XL 0.5 mg cap er 24 hr, 1 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr	4		PANSO
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	2	IMURAN	PA(*)
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	3	SANDIMMUNE	PA(*)
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	NEORAL	PA(*)
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	3	NEORAL	PA(*)
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs	5		PA, QL(4 / 28)
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln, 50 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(8 / 28)
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	5		PA, QL(8 / 28)
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(8 / 28)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ENVARUSUS XR 0.75 mg tab er 24 hr, 1 mg tab er 24 hr, 4 mg tab er 24 hr	4		PANSO
<i>everolimus 2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol</i>	5	AFINITOR DISPERZ	PANSO, QL(112 / 28)
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	4	ZORTRESS	PA(*)
<i>everolimus 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab</i>	5	ZORTRESS	PA(*)
<i>gengraf 100 mg cap, 25 mg cap</i>	2	NEORAL	PA(*)
<i>gengraf 100 mg/ml soln</i>	3	NEORAL	PA(*)
HUMIRA (2 PEN) 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(2 / 28)
HUMIRA (2 PEN) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit, 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(6 / 28)
HUMIRA (2 SYRINGE) 20 mg/0.2ml sc pfs kit	5		PA, QL(2 / 28)
HUMIRA (2 SYRINGE) 10 mg/0.1ml sc pfs kit, 40 mg/0.4ml sc pfs kit, 40 mg/0.8ml sc pfs kit	5		PA, QL(6 / 28)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(3 / 28)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 80 MG/0.8ML & 40mg/0.4ml sc pfs kit	5		PA, QL(2 / 28)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START 80 mg/0.8ml sc pfs kit	5		PA, QL(3 / 28)
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(4 / 28)
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(4 / 28)
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	2		
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	2		PA(*), ST
<i>methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml inj soln, 250 mg/10ml inj soln, 50 mg/2ml inj soln</i>	2		
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	CELLCEPT	PA(*)
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp</i>	5	CELLCEPT	PA(*)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr, 360 mg tab dr</i>	2	MYFORTIC	PA(*)
ORENCIA 50 mg/0.4ml sc soln pfs	5		PA, QL(1.6 / 28)
ORENCIA 87.5 mg/0.7ml sc soln pfs	5		PA, QL(2.8 / 28)
ORENCIA 125 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(4 / 28)
ORENCIA CLICKJECT 125 mg/ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(4 / 28)
PROGRAF 0.2 mg pckt, 1 mg pckt	4		PA(*)
RASUVO 10 mg/0.2ml sc soln auto-inj, 12.5 mg/0.25ml sc soln auto-inj, 15 mg/0.3ml sc soln auto-inj, 17.5 mg/0.35ml sc soln auto-inj, 20 mg/0.4ml sc soln auto-inj, 22.5 mg/0.45ml sc soln auto-inj, 25 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 30 mg/0.6ml sc soln auto-inj, 7.5 mg/0.15ml sc soln auto-inj	3		
REZUROCK 200 mg tab	5		PANSO
RINVOQ 15 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 45 mg tab er 24 hr	5		PA, QL(30 / 30)
RINVOQ LQ 1 mg/ml soln	5		PA, QL(360 / 30)
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	4	RAPAMUNE	PA(*)
<i>sirolimus 1 mg/ml soln</i>	4	RAPAMUNE	PA(*)
SKYRIZI 180 mg/1.2ml sc soln cart	5		PA, QL(1.2 / 56)
SKYRIZI 360 mg/2.4ml sc soln cart	5		PA, QL(2.4 / 56)
SKYRIZI 150 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(7 / 365)
SKYRIZI PEN 150 mg/ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(7 / 365)
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap</i>	2	PROGRAF	PA(*)
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	3	PROGRAF	PA(*)
TREMFYA 200 mg/20ml iv soln	5		PA
TREMFYA 200 mg/2ml sc soln pfs	5		PA, QL(2 / 28)
TREMFYA PEN 200 mg/2ml sc soln auto-inj	5		PA
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 mg/2ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(24 / 365)
XELJANZ 10 mg tab, 5 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
XELJANZ 1 mg/ml soln	5		PA, QL(300 / 30)
XELJANZ XR 11 mg tab er 24 hr, 22 mg tab er 24 hr	5		PA, QL(30 / 30)
Agentes Inmunizantes, Pasivos			
BEXSERO 0.5 ml im susp pfs	3		
FLEBOGAMMA DIF 10 gm/100ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln	5		PA(*)

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
GAMMAGARD 1 gm/10ml inj soln, 20 gm/200ml inj soln, 30 gm/300ml inj soln	1		PA(*)
GAMMAGARD 10 gm/100ml inj soln, 2.5 gm/25ml inj soln, 5 gm/50ml inj soln	5		PA(*)
GAMMAGARD ERC 10 gm/100ml inj soln, 5 gm/50ml inj soln	5		PA(*)
GAMMAGARD S/D LESS IGA 10 gm iv soln, 5 gm iv soln	5		PA(*)
GAMMAPLEX 10 gm/100ml iv soln, 10 gm/200ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 20 gm/400ml iv soln, 5 gm/100ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln	5		PA(*)
GAMUNEX-C 10 gm/100ml inj soln, 2.5 gm/25ml inj soln, 20 gm/200ml inj soln, 40 gm/400ml inj soln, 5 gm/50ml inj soln	1		PA(*)
OCTAGAM 1 gm/20ml iv soln, 10 gm/100ml iv soln, 10 gm/200ml iv soln, 2 gm/20ml iv soln, 2.5 gm/50ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 30 gm/300ml iv soln, 5 gm/100ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln	5		PA(*)
PRIVIGEN 10 gm/100ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 40 gm/400ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln	5		PA(*)
Agentes Inmunológicos, Otros			
KINERET 100 mg/0.67ml sc soln pfs	5		PA
TAVNEOS 10 mg cap	5		PA
TYENNE 162 mg/0.9ml sc soln auto-inj, 162 mg/0.9ml sc soln pfs	5		PA
Inmunomoduladores			
ACTIMMUNE 100 mcg/0.5ml sc soln	5		PA
ARCALYST 220 mg sc soln	5		
BENLYSTA 120 mg iv soln, 400 mg iv soln	5		PA
BENLYSTA 200 mg/ml sc soln auto-inj, 200 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(8 / 28)
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	ARAVA	
Inmunosupresores			
REMICADE 100 mg iv soln	1		PA, QL(2 / 30)
RIABNI 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	5		PANSO
Vacunas			
ABRYSVO 120 mcg/0.5ml im soln	3		
ACTHIB im soln	3		
ADACEL 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp, 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp pfs	3		

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
AREXVY 120 mcg/0.5ml im susp	3		
<i>bcg vaccine 50 mg inj soln</i>	3		
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5 im susp, 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5 im susp pfs	3		
DAPTACEL 23-15-5 im susp	3		
DENGVAXIA sc susp	3		
ENGERIX-B 10 mcg/0.5ml Injection Suspension Prefilled Syringe, 20 mcg/ml inj susp, 20 mcg/ml Injection Suspension Prefilled Syringe	3		PA(*)
GARDASIL 9 0.5 ml im susp, 0.5 ml im susp pfs	3		QL(1.5 / 365)
HAVRIX 1440 el u/ml im susp pfs, 720 el u/0.5ml im susp pfs	3		
HEPLISAV-B 20 mcg/0.5ml im soln pfs	3		PA(*)
HIBERIX 10 mcg inj soln	3		
IMOVAX RABIES 2.5 unit/ml im susp	3		PA(*)
INFANRIX 25-58-10 im susp	3		
IPOL inj susp	3		
IXIARO im susp	3		
JYNNEOS 0.5 ml sc susp	3		
KINRIX 0.5 ml im susp pfs	3		
M-M-R II inj soln	3		
MENQUADFI 0.5 ml im soln	3		
MENVEO im soln	3		
MRESVIA 50 mcg/0.5ml im susp pfs	3		
PEDIARIX im susp pfs	3		
PEDVAX HIB 7.5 mcg/0.5ml im susp	3		
PENBRAYA im susp	3		
<i>penmenvy im susp</i>	3		
PENTACEL im susp	3		
PREHEVBRIO 10 mcg/ml im susp	3		PA(*)
PRIORIX sc susp	3		
PROQUAD sc susp	3		
QUADRACEL im susp, 0.5 ml im susp pfs	3		
RABAVERT im susp	3		PA(*)
RECOMBIVAX HB 10 mcg/ml inj susp, 10 mcg/ml Injection Suspension Prefilled Syringe, 40 mcg/ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp, 5 mcg/0.5ml Injection Suspension Prefilled Syringe	3		PA(*)
ROTARIX susp	3		
ROTATEQ soln	3		
SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp	3		QL(2 / 365)
SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp pfs	3		QL(2 / 365)
TDVAX 2-2 lf/0.5ml im susp	3		

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
TENIVAC 5-2 lf/0.5ml im susp	3		
TICOVAC 1.2 mcg/0.25ml im susp pfs, 2.4 mcg/0.5ml im susp pfs	3		QL(1.5 / 365)
TRUMENBA 0.5 ml im susp pfs	3		
TWINRIX 720-20 elu-mcg/ml im susp pfs	3		
TYPHIM VI 25 mcg/0.5ml im soln, 25 mcg/0.5ml im soln pfs	3		
VAQTA 25 unit/0.5ml im susp, 25 unit/0.5ml im susp pfs, 50 unit/ml im susp, 50 unit/ml im susp pfs	3		
VARIVAX 1350 pfu/0.5ml inj susp	3		QL(2 / 365)
VAXCHORA susp	3		
VIMKUNYA 40 mcg/0.8ml im susp pfs	3		
VIVOTIF cap dr	3		
YF-VAX sc susp	3		
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO			
Aminosalicilatos			
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	2	COLAZAL	
DIPENTUM 250 mg cap	5		ST
<i>mesalamine 800 mg tab dr</i>	4	ASACOL HD	
<i>mesalamine 1000 mg rect supp</i>	3	CANASA	
<i>mesalamine 400 mg cap dr</i>	4	DELZICOL	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	4	LIALDA	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24 hr</i>	4	APRISO	
STELARA 130 mg/26ml iv soln	5		PA
<i>sulfasalazine 500 mg tab</i>	2	AZULFIDINE	
<i>sulfasalazine 500 mg tab dr</i>	4	AZULFIDINE	
Glucocorticoides			
<i>budesonide 3 mg cap dr prt</i>	4	ENTOCORT	
<i>deflazacort 22.75 mg/ml susp</i>	4		PA
<i>deflazacort 18 mg tab</i>	5		PA, QL(30 / 30)
<i>deflazacort 30 mg tab, 36 mg tab, 6 mg tab</i>	5		PA, QL(60 / 30)
<i>kymbee 30 mg tab, 36 mg tab, 6 mg tab</i>	5		PA, QL(6 / 6)
<i>kymbee 18 mg tab</i>	5		PA, QL(30 / 30)
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab pack, 8 mg tab</i>	2	MEDROL	
<i>methylprednisolone acetate 40 mg/ml inj susp, 80 mg/ml inj susp</i>	2	DEPO-MEDROL	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg inj soln, 40 mg inj soln</i>	2	SOLU-MEDROL	
<i>triamcinolone acetonide 40 mg/ml inj susp</i>	2	KENALOG	
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO			
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO			

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	FOSAMAX	QL(4 / 28)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	FOSAMAX	QL(30 / 30)
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act nasal soln</i>	2	MIACALCIN	QL(3.7 / 28)
<i>calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap</i>	2	ROCALTROL	
<i>calcitriol 1 mcg/ml soln</i>	4	ROCALTROL	
<i>cinacalcet hcl 30 mg tab</i>	3	SENSIPAR	QL(60 / 30)
<i>cinacalcet hcl 60 mg tab</i>	4	SENSIPAR	QL(60 / 30)
<i>cinacalcet hcl 90 mg tab</i>	4	SENSIPAR	QL(120 / 30)
EVENITY 105 mg/1.17ml sc soln pfs	1		PA
EVENITY 105 mg/1.17ml sc soln pfs	1		PA, QL(2.34 / 30)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	BONIVA	QL(1 / 28)
JUBBONTI 60 mg/ml sc soln pfs	3		QL(1 / 180)
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	4	ZEMPLAR	
RAYALDEE 30 mcg cap er	3		QL(60 / 30)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	4	ACTONEL	QL(1 / 28)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	4	ACTONEL	QL(4 / 28)
<i>risedronate sodium 30 mg tab, 5 mg tab</i>	4	ACTONEL	QL(30 / 30)
<i>risedronate sodium 35 mg tab dr</i>	4	ATELVIA	QL(4 / 28)
TYMLOS 3120 mcg/1.56ml sc soln pen-inj	4		PA, QL(1.56 / 30)
XGEVA 120 mg/1.7ml sc soln	5		PA
<i>zoledronic acid 5 mg/100ml iv soln</i>	4	RECLAST	
AGENTES OFTÁLMICOS			
Agentes Oftálmicos (Productos en Combinación)			
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ophth oint</i>	2	CORTISPORIN	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ophth oint</i>	2	POLYSPORIN	
COMBIGAN 0.2-0.5 % ophth soln	3		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % ophth soln</i>	2	COSOPT	
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % ophth susp</i>	2		
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ophth oint</i>	2	NEOSPORIN	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth 3.5-10000-0.1 ophth oint</i>	2	MAXITROL	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	2	MAXITROL	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75-10000-.025 ophth soln</i>	2	NEOSPORIN	
<i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 ophth susp</i>	4	CORTISPORIN	

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	1	POLYTRIM	
SIMBRINZA 1-0.2 % ophth susp	3		
<i>sulfacetamide-prednisolone 10-0.23 % ophth soln</i>	2	VASOCIDIN	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % ophth susp</i>	2	TOBRADEX	
ZYLET 0.5-0.3 % ophth susp	3		
Agentes Oftálmicos, Otros			
<i>atropine sulfate 1 % ophth soln</i>	4	ISOPTO ATROPINE	
<i>cyclopentolate hcl 1 % ophth soln</i>	2	CYCLOGYL	
CYSTARAN 0.44 % ophth soln	5		PA, QL(60 / 28)
RESTASIS 0.05 % ophth emul	3		QL(60 / 30)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % ophth emul	3		QL(60 / 30)
TEPEZZA 500 mg iv soln	5		PA
Agentes Oftálmicos Antialérgicos			
<i>azelastine hcl 0.05 % ophth soln</i>	2	OPTIVAR	
<i>cromolyn sodium 4 % ophth soln</i>	2	OPTICROM	
<i>epinastine hcl 0.05 % ophth soln</i>	2	ELESTAT	
<i>olopatadine hcl 0.1 % ophth soln</i>	2	PATADAY	
<i>olopatadine hcl 0.2 % ophth soln</i>	4	PATADAY	
Antiinflamatorios Oftálmicos			
<i>bromfenac sodium 0.075 % ophth soln</i>	2		
<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % ophth soln</i>	2	BROMDAY	
BROMSITE 0.075 % ophth soln	3		
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % ophth soln</i>	2	MAXIDEX	
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	2	VOLTAREN	
<i>difluprednate 0.05 % ophth emul</i>	3	DUREZOL	
EYSUVIS 0.25 % ophth susp	3		QL(8.3 / 14)
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	4	FML	
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % ophth soln</i>	2	OCUFEN	
ILEVRO 0.3 % ophth susp	3		
INVELTYS 1 % ophth susp	3		
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	2	ACULAR	QL(10 / 25)
LOTEMAX 0.5 % ophth oint	3		
LOTEMAX SM 0.38 % ophth gel	3		
<i>loteprednol etabonate 0.2 % ophth susp</i>	2		ST
<i>loteprednol etabonate 0.5 % ophth gel</i>	4	LOTEMAX	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	4	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	2		
PROLENSA 0.07 % ophth soln	3		

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
XIIDRA 5 % ophth soln	3		QL(60 / 30)
Agentes Oftálmicos Antiglaucoma			
ALPHAGAN P 0.1 % ophth soln	3		HR
<i>apraclonidine hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	IOPIDINE	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	ALPHAGAN	
<i>brinzolamide 1 % ophth susp</i>	2	AZOPT	
<i>carteolol hcl 1 % ophth soln</i>	2	OCUPRESS	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	2	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	1	BETAGAN	
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	2	ISOPTO CARPINE	
RHOPRESSA 0.02 % ophth soln	3		QL(2.5 / 25), ST
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	TIMOPTIC	
<i>timolol maleate 0.25 % ophth gfs, 0.5 % ophth gfs</i>	4	TIMOPTIC XE	
Agentes Oftálmicos para la Reducción de la Presión Intraocular, Otros			
ROCKLATAN 0.02-0.005 % ophth soln	3		QL(2.5 / 25), ST
Análogos Oftálmicos de Prostaglandinas y Prostamidas			
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	XALATAN	QL(2.5 / 25)
LUMIGAN 0.01 % ophth soln	3		QL(2.5 / 25)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % ophth soln</i>	4	TRAVATAN	QL(2.5 / 25)
AGENTES ÓTICOS			
Agentes Óticos (Productos en Combinación)			
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % otic susp</i>	3	CIPRODEX	QL(7.5 / 7)
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	CORTISPORIN	
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO/PULMONAR			
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ARNUITY ELLIPTA 100 mcg/act inh aer pwdr br act, 200 mcg/act inh aer pwdr br act, 50 mcg/act inh aer pwdr br act	3		QL(30 / 30)
<i>budesonide 1 mg/2ml inh susp</i>	3	PULMICORT	PA(*), QL(60 / 30)
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp</i>	3	PULMICORT	PA(*), QL(120 / 30)
<i>flunisolide 25 MCG/ACT (0.025%) nasal soln</i>	2	NASALIDE	QL(50 / 25)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	FLONASE	QL(16 / 30)
<i>mometasone furoate 50 mcg/act nasal susp</i>	4	NASONEX	QL(34 / 30)
XHANCE 93 mcg/act Nasal Exhaler Suspension	3		QL(32 / 30), ST
Antihistamínicos			

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>azelastine hcl 0.1 % nasal soln</i>	2	ASTELIN	QL(30 / 25)
<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syr</i>	2	PERIACTIN	PAHRM,HR
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	1	XYZAL	
Antileucotrienos			
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	SINGULAIR	
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	ACCOLATE	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA 17 mcg/act inh aer soln	4		QL(25.8 / 28)
<i>ipratropium bromide 0.06 % nasal soln</i>	2	ATROVENT	QL(15 / 10)
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	ATROVENT	QL(30 / 28)
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	2	ATROVENT	PA(*), QL(312.5 / 30)
SPIRIVA HANDIHALER 18 mcg inh cap	3		QL(30 / 30)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 mcg/act inh aer soln, 2.5 mcg/act inh aer soln	3		QL(4 / 30)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3ml inh neb soln, 1.25 mg/3ml inh neb soln</i>	2	ACCUNEB	PA(*), QL(360 / 30)
<i>albuterol sulfate 2 mg/5ml syr</i>	2	PROVENTIL	
<i>albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml inh neb soln</i>	2	PROVENTIL	PA(*), QL(120 / 30)
<i>albuterol sulfate (2.5 MG/3ML) 0.083% inh neb soln</i>	2	PROVENTIL	PA(*), QL(360 / 30)
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 Base) mcg/act inh aer soln</i>	2	PROAIR HFA	QL(13.4 / 30)
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 Base) mcg/act inh aer soln</i>	2	PROAIR HFA	QL(17 / 30)
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 Base) mcg/act inh aer soln</i>	2	PROAIR HFA	QL(36 / 30)
<i>epinephrine 0.3 mg/0.3ml inj soln auto-inj</i>	2	ADRENACLICK	QL(4 / 30)
<i>epinephrine 0.15 mg/0.3ml inj soln auto-inj</i>	2	EPIPEN JR	QL(4 / 30)
NEFFY 1 mg/0.1ml nasal soln, 2 mg/0.1ml nasal soln	4		
SEREVENT DISKUS 50 mcg/act inh aer pwr br act	3		QL(60 / 30)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 mcg/act inh aer soln	3		QL(4 / 28)
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	4	BRETHINE	
Agentes para la Fibrosis Quística			
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 mg inh cap	5		QL(560 / 28)
CAYSTON 75 mg inh soln	5		PA, LA

¹ Por favor, refiérase a la página 8 para una lista de las abreviaturas para los requisitos/límites
Prominence Formulario 2026

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
KALYDECO 13.4 mg pckt, 150 mg tab, 25 mg pckt, 5.8 mg pckt, 50 mg pckt, 75 mg pckt	5		PA, QL(56 / 28)
ORKAMBI 100-125 mg pckt, 150-188 mg pckt, 75-94 mg pckt	5		PA, QL(56 / 28)
ORKAMBI 100-125 mg tab, 200-125 mg tab	5		PA, QL(120 / 30)
SYMDEKO 100-150 & 150 mg tab pack, 50-75 & 75 mg tab pack	5		PA, QL(56 / 28)
TOBI PODHALER 28 mg inh cap	5		QL(224 / 28)
<i>tobramycin 300 mg/4ml inh neb soln</i>	5	BETHKIS	PA(*)
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	5	TOBI	PA(*)
TRIKAFTA 100-50-75 & 75 mg pack, 80-40-60 & 59.5 mg pack	5		PA, QL(56 / 28)
TRIKAFTA 100-50-75 & 150 mg tab pack, 50-25-37.5 & 75 mg tab pack	5		PA, QL(84 / 28)
Estabilizadores de los Mastocitos			
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml inh neb soln</i>	2	INTAL	PA(*)
Inhibidores de la Fosfodiesterasa, Enfermedad de las Vías Respiratorias			
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	1	DALIRESP	QL(28 / 28)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	1	DALIRESP	QL(30 / 30)
<i>theophylline 80 mg/15ml soln</i>	4		
<i>theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr</i>	4	THEO-DUR	
<i>theophylline er 400 mg tab er 24 hr, 600 mg tab er 24 hr</i>	2	UNIPHYL	
Antihipertensivos Pulmonares			
ADEMPAS 0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab	5		PA, QL(90 / 30)
<i>alyq 20 mg tab</i>	3	ADCIRCA	PA, QL(60 / 30)
<i>ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab</i>	5	LETAIRIS	PA, QL(30 / 30)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	5		PA, QL(112 / 28)
OPSUMIT 10 mg tab	5		PA, QL(30 / 30)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	2	REVATIO	PA, QL(90 / 30)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	3	ADCIRCA	PA, QL(60 / 30)
TRACLEER 125 mg tab, 62.5 mg tab	5		PA, QL(60 / 30), LA
UPTRAVI 1000 mcg tab, 1200 mcg tab, 1400 mcg tab, 1600 mcg tab, 400 mcg tab, 600 mcg tab, 800 mcg tab	5		PA, QL(60 / 30)
UPTRAVI 200 mcg tab	5		PA, QL(240 / 30)
UPTRAVI TITRATION 200 & 800 mcg tab pack	5		PA
WINREVAIR 2 x 45 mg sc kit, 2 x 60 mg sc kit, 45 mg sc kit, 60 mg sc kit	5		PANSO, QL(1 / 21)
Agentes para la Fibrosis Pulmonar			

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
OFEV 100 mg cap, 150 mg cap	5		PA, QL(60 / 30)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	ESBRIET	PA, QL(90 / 30)
<i>pirfenidone 267 mg cap, 267 mg tab</i>	5	ESBRIET	PA, QL(270 / 30)
Agentes del Tracto Respiratorio, Otros			
<i>acetylcysteine 10 % inh soln, 20 % inh soln</i>	2	MUCOMYST	PA(*)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 mcg/act inh aer pwdr br act	3		QL(60 / 30)
ARIKAYCE 590 mg/8.4ml inh susp	4		PA
BREO ELLIPTA 100-25 mcg/act inh aer pwdr br act, 200-25 mcg/act inh aer pwdr br act, 50-25 mcg/inh inh aer pwdr br act	3		QL(60 / 30)
<i>breyna 160-4.5 mcg/act inh aer, 80-4.5 mcg/act inh aer</i>	4	SYMBICORT	QL(30.6 / 30), ST
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 mcg/act inh aer	3		QL(10.7 / 30)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 mcg/act inh aer soln	3		QL(8 / 30)
FASENRA 30 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(1 / 28)
FASENRA PEN 30 mg/ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(1 / 28)
<i>fluticasone-salmeterol 115-21 mcg/act inh aer, 230-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer</i>	2		QL(12 / 30)
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 250-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 500-50 mcg/act inh aer pwdr br act</i>	2	ADVAIR DISKUS	QL(60 / 30)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml inh soln</i>	2	DUONEB	PA(*), QL(540 / 30)
NUCALA 40 mg/0.4ml sc soln pfs	5		PA, QL(0.4 / 28), LA
NUCALA 100 mg sc soln	5		PA, QL(3 / 28), LA
NUCALA 100 mg/ml sc soln auto-inj, 100 mg/ml sc soln pfs	5		PA, QL(3 / 28), LA
PULMOZYME 2.5 mg/2.5ml inh soln	5		PA(*)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 mcg/act inh aer soln	3		QL(4 / 30)
SYMBICORT 160-4.5 mcg/act inh aer, 80-4.5 mcg/act inh aer	3		QL(30.6 / 30)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/act inh aer pwdr br act, 200-62.5-25 mcg/act inh aer pwdr br act	3		QL(60 / 30)
<i>wixela inhub 100-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 250-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 500-50 mcg/act inh aer pwdr br act</i>	2	ADVAIR DISKUS	QL(60 / 30)

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
XOLAIR 150 mg sc soln	5		PA
XOLAIR 150 mg/ml sc soln auto-inj, 150 mg/ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln auto-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs, 75 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 75 mg/0.5ml sc soln pfs	5		PA
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS			
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS			
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	FLEXERIL	PAHRM,HR
<i>tizanidine hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	2	ZANAFLEX	
AGENTES PARA DESÓRDENES DEL SUEÑO			
Moduladores del Receptor de GABA			
<i>eszopiclone 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab</i>	4	LUNESTA	QL(30 / 30), HR
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	2	DALMANE	
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	RESTORIL	QL(30 / 30)
<i>zaleplon 10 mg cap, 5 mg cap</i>	4	SONATA	QL(30 / 30), HR
Desórdenes del Sueño, Otros			
<i>HETLIOZ LQ 4 mg/ml susp</i>	5		PA, QL(150 / 30)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	2	PROVIGIL	QL(30 / 30)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	2	PROVIGIL	QL(60 / 30)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	5		PA, QL(30 / 30)
<i>XYREM 500 mg/ml soln</i>	5		PA, QL(540 / 30), LA
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	AMBIEN	QL(30 / 30), HR
Agentes Promotores del Sueño			
<i>BELSOMRA 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	3		QL(30 / 30)
Agentes Promotores de la Vigilia			
<i>SUNOSI 150 mg tab, 75 mg tab</i>	4		PA, QL(30 / 30)

Índice

A

<i>abacavir sulfate</i>	45	ALUNBRIG.....	34
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	45	<i>alyacen 1/35</i>	73
ABILIFY ASIMTUFII.....	26	<i>alyacen 7/7/7</i>	73
ABILIFY MAINTENA.....	26	<i>alyq</i>	88
<i>abiraterone acetate</i>	32	<i>amabelz</i>	73
<i>abirtega</i>	32	<i>amantadine hcl</i>	40
ABRYSVO.....	81	AMBISOME.....	29
<i>acamprosate calcium</i>	16	<i>ambrisentan</i>	88
<i>acarbose</i>	48	<i>amethia</i>	72
<i>accutane</i>	62	<i>amikacin sulfate</i>	17
<i>acebutolol hcl</i>	55	<i>amiloride hcl</i>	58
<i>acetaminophen-codeine</i>	14	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	56
<i>acetazolamide</i>	57	<i>amiodarone hcl</i>	54
<i>acetazolamide er</i>	58	<i>amitriptyline hcl</i>	28
<i>acetic acid</i>	18	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	56
<i>acetylcysteine</i>	89	<i>amlodipine besylate</i>	55
<i>acitretin</i>	62	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	56
ACTHAR.....	69	<i>ammonium lactate</i>	62
ACTHAR GEL.....	69	<i>amoxapine</i>	28
ACTHIB.....	81	<i>amoxicillin</i>	20
ACTIMMUNE.....	81	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	20
<i>acyclovir</i>	47	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	59, 60
<i>acyclovir sodium</i>	47	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	60
ADACEL.....	81	<i>amphotericin b</i>	29
<i>adapalene</i>	62	<i>amphotericin b liposome</i>	30
<i>adefovir dipivoxil</i>	44	<i>ampicillin</i>	20
ADEMPAS.....	88	<i>ampicillin sodium</i>	20
<i>afirmelle</i>	73	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	17
AIMOVIG.....	31	<i>anagrelide hcl</i>	52
AKEEGA.....	33	<i>anastrozole</i>	34
AKYNZEO.....	29	ANORO ELLIPTA.....	89
<i>ala-cort</i>	69	<i>apomorphine hcl</i>	40
<i>albendazole</i>	39	<i>apraclonidine hcl</i>	86
<i>albuterol sulfate</i>	87	<i>aprepitant</i>	29
<i>albuterol sulfate hfa</i>	87	<i>apri</i>	73
<i>alclometasone dipropionate</i>	69	APTIVUS.....	46
<i>alcohol preps</i>	18	<i>aranelle</i>	73
ALECENSA.....	34	ARCALYST.....	81
<i>alendronate sodium</i>	84	AREXVY.....	82
<i>alfuzosin hcl er</i>	69	ARIKAYCE.....	89
<i>aliskiren fumarate</i>	57	<i>aripiprazole</i>	26
<i>allopurinol</i>	30	ARISTADA.....	26
<i>alose tron hcl</i>	67	ARISTADA INITIO.....	26
ALPHAGAN P.....	86	<i>armodafinil</i>	60
<i>alprazolam</i>	47	ARNUITY ELLIPTA.....	86
<i>altavera</i>	73	<i>asenapine maleate</i>	41
ALTRENO.....	62	<i>ashlyna</i>	72
		<i>aspirin-dipyridamole er</i>	53

ASTAGRAF XL	78	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	56
<i>atazanavir sulfate</i>	46	BENLYSTA	81
<i>atenolol</i>	55	<i>benztropine mesylate</i>	40
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	56	BESREMI	33
<i>atomoxetine hcl</i>	60	<i>betaine</i>	68
<i>atorvastatin calcium</i>	58	<i>betamethasone dipropionate</i>	69
<i>atovaquone</i>	39	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	69
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39	<i>betamethasone valerate</i>	69
<i>atropine sulfate</i>	85	BETASERON	61
ATROVENT HFA	87	<i>betaxolol hcl</i>	55
<i>aubra eq</i>	73	<i>bethanechol chloride</i>	69
AUGTYRO	34	<i>bexarotene</i>	39
<i>aurovela 1.5/30</i>	73	BEXSERO	80
<i>aurovela 1/20</i>	73	<i>bicalutamide</i>	32
<i>aurovela 24 fe</i>	73	BICILLIN L-A	20
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	73	BIDIL	57
<i>aurovela fe 1/20</i>	73	BIKTARVY	44
AUSTEDO	60	<i>bisoprolol fumarate</i>	55
AUSTEDO XR	60	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	57
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	61	BIZENGRI (750 MG DOSE)	39
AUVELITY	26	<i>blisovi 24 fe</i>	73
AVASTIN	34	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	73
AVERI	73	<i>blisovi fe 1/20</i>	73
<i>aviane</i>	73	BOOSTRIX	82
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	33	<i>bosentan</i>	88
AVONEX PEN	61	BOSULIF	35
AVONEX PREFILLED	61	BRAFTOVI	35
AXTLE	33	BREO ELLIPTA	89
<i>ayuna</i>	73	<i>breyna</i>	89
AYVAKIT	35	BREZTRI AEROSPHERE	89
<i>azathioprine</i>	78	<i>briellyn</i>	73
<i>azelastine hcl</i>	85, 87	BRILINTA	53
<i>azithromycin</i>	21	<i>brimonidine tartrate</i>	86
<i>aztreonam</i>	20	<i>brinzolamide</i>	86
<i>azurette</i>	72	<i>brivaracetam</i>	22
B		<i>bromfenac sodium</i>	85
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	84	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	85
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	84	<i>bromocriptine mesylate</i>	40
<i>baclofen</i>	44	BROMSITE	85
<i>balsalazide disodium</i>	83	BRONCHITOL TOLERANCE TEST	87
BALVERSA	35	BRUKINSA	35
<i>balziva</i>	73	<i>budesonide</i>	70, 83, 86
BAXDELA	21	<i>bumetanide</i>	58
<i>bcg vaccine</i>	82	<i>buprenorphine hcl</i>	16
BD INSULIN SYRINGE	50	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	16
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	50	<i>bupropion hcl</i>	17
BD PEN MINI	50	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	17
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	50	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	17
BELSOMRA	90	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	17
<i>benazepril hcl</i>	54	<i>buspirone hcl</i>	47
		<i>butalbital-apap-caffeine</i>	14

butalbital-aspirin-cafeine 14

C

CABENUVA 45

cabergoline 77

CABLIVI 51

CABOMETYX 35

calcipotriene 62, 63

calcitonin (salmon) 84

calcitriol 84

calcium acetate (phos binder) 66

CALQUENCE 35

camila 76

camrese 72

candesartan cilexetil 54

CAPLYTA 41

CAPRELSA 35

captopril 54

carbamazepine 25

carbamazepine er 25

carbidopa-levodopa 40

carbidopa-levodopa er 40

carbidopa-levodopa-entacapone 40

carglumic acid 64

carteolol hcl 86

cartia xt 55

carvedilol 55

caspofungin acetate 30

CAYSTON 87

cefaclor 19

cefadroxil 19

cefazolin sodium 19

cefdinir 19

cefepime hcl 19

cefixime 19

cefoxitin sodium 19

cefpodoxime proxetil 19

cefprozil 19

ceftaroline fosamil 19

ceftazidime 19

ceftriaxone sodium 19

cefuroxime axetil 19

cefuroxime sodium 20

celecoxib 14

CELONTIN 22

cephalexin 20

CERDELGA 68

chateal eq 73

chlordiazepoxide hcl 47

chlorhexidine gluconate 62

chloroquine phosphate 39

chlorpromazine hcl 29

chlorthalidone 58

chlorzoxazone 44

cholestyramine 59

cholestyramine light 59

ciclopirox 30

ciclopirox olamine 30

cilostazol 53

CIMDUO 45

cimetidine hcl 67

cinacalcet hcl 84

CINRYZE 78

ciprofloxacin hcl 21

ciprofloxacin in d5w 21

ciprofloxacin-dexamethasone 86

citalopram hydrobromide 27

cladribine (8 tabs) 61

clarithromycin 21

CLENPIQ 65

clindamycin hcl 18

clindamycin phosphate 18

clindamycin phosphate in d5w 18

CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 65

CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 65

CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 65

CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 65

CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 65

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 65

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 65

CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 65

CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 65

clobazam 23

clobetasol propionate 70

clobetasol propionate e 70

clomipramine hcl 28

clonazepam 23

clonidine 53

clonidine hcl 53

clopidogrel bisulfate 53

clorazepate dipotassium 47

clotrimazole 30

clotrimazole-betamethasone 63

clozapine 43, 44

COARTEM 39

COBENFY 41

COBENFY STARTER PACK 41

codeine sulfate 15

colchicine 30

colchicine-probenecid 30

colesevelam hcl 48

colestipol hcl 59

<i>colistimethate sodium (cba)</i>	18	<i>deferasirox</i>	66
COMBIGAN	84	<i>deferasirox granules</i>	66
COMBIVENT RESPIMAT	89	<i>deferiprone</i>	66
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	35	<i>deflazacort</i>	83
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	35	DELSTRIGO	46
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	35	DENGVAXIA	82
<i>compro</i>	29	<i>denta 5000 plus</i>	65
<i>constulose</i>	66	<i>dentagel</i>	65
COPIKTRA	35	DEPO-SUBQ PROVERA 104	76
CORTROPHIN	70	DESCOVY	45
CORTROPHIN GEL	70	<i>desipramine hcl</i>	28
COSENTYX	62	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	71
COSENTYX (300 MG DOSE)	62	<i>desmopressin acetate</i>	71
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	62	<i>desoximetasone</i>	70
COSENTYX UNOREADY	62	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	27
COTELLIC	35	<i>dexamethasone</i>	70
CREON	68	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	70, 85
CRESEMBA	30	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	60
<i>cromolyn sodium</i>	67, 85, 88	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	60
<i>crystelle-28</i>	73	<i>dextrose</i>	65
<i>cvs isopropyl alcohol wipes</i>	18	<i>dextrose-nacl</i>	65
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	90	<i>dextrose-sodium chloride</i>	65
<i>cyclopentolate hcl</i>	85	DIACOMIT	23
<i>cyclophosphamide</i>	32	<i>diazepam</i>	23
<i>cyclosporine</i>	78	<i>diazepam intensol</i>	23
<i>cyclosporine modified</i>	78	<i>diazoxide</i>	49
<i>cyproheptadine hcl</i>	87	<i>dichlorphenamide</i>	58
<i>cyred eq</i>	73	<i>diclofenac epolamine</i>	14
CYSTARAN	85	<i>diclofenac potassium</i>	14
D		<i>diclofenac sodium</i>	14, 63, 85
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	51	<i>diclofenac sodium er</i>	14
<i>dalfampridine er</i>	61	<i>dicloxacillin sodium</i>	20
<i>danazol</i>	71	<i>dicyclomine hcl</i>	67
<i>dantrolene sodium</i>	44	DIFICID	21
DANZITEN	35	<i>difluprednate</i>	85
<i>dapagliflozin</i>	48	<i>digoxin</i>	57
<i>dapsone</i>	32	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	31
DAPTACEL	82	DILANTIN	25
<i>daptomycin</i>	18	<i>diltiazem hcl</i>	55
<i>daptomycin-sodium chloride</i>	18	<i>diltiazem hcl er</i>	56
<i>darunavir</i>	46	<i>diltiazem hcl er beads</i>	56
DARZALEX	39	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	56
DARZALEX FASPRO	33	<i>dilt-xr</i>	55
<i>dasatinib</i>	35	<i>dimethyl fumarate</i>	61
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	73	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	61
<i>dasetta 7/7/7</i>	73	DIPENTUM	83
DATROWAY	39	<i>diphenhydramine hcl</i>	29
DAURISMO	35	<i>diphenoxylate-atropine</i>	67
<i>daysee</i>	72	<i>dipyridamole</i>	51
<i>deblitane</i>	76	<i>disopyramide phosphate</i>	54
		<i>disulfiram</i>	16

<i>divalproex sodium</i>	23	EMSAM	27
<i>divalproex sodium er</i>	23	<i>emtricitabine</i>	45
<i>dofetilide</i>	54	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	45
<i>donepezil hcl</i>	25, 26	<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df</i>	45
DOPTELET	52	EMTRIVA	45
DOPTELET SPRINKLE	52	<i>enalapril maleate</i>	54
<i>dorzolamide hcl</i>	86	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	57
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	84	ENBREL	78
<i>dotti</i>	72	ENBREL MINI	78
DOVATO	45	ENBREL SURECLICK	78
<i>doxazosin mesylate</i>	53	ENDARI	33
<i>doxepin hcl</i>	28	ENGERIX-B	82
<i>doxycycline hyclate</i>	22	<i>enilloring</i>	74
<i>doxycycline monohydrate</i>	22	<i>enoxaparin sodium</i>	52
DRIZALMA SPRINKLE	27	ENSACOVE	35
<i>dronabinol</i>	29	<i>enskyce</i>	74
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	73	<i>entacapone</i>	40
DROXIA	33	<i>entecavir</i>	44
<i>droxidopa</i>	53	ENTRESTO	57
DUAVEE	77	<i>enulose</i>	66
<i>duloxetine hcl</i>	27	ENVARBUS XR	79
DUPIXENT	62, 63	EPIDIOLEX	22
<i>dutasteride</i>	69	<i>epinastine hcl</i>	85
E		<i>epinephrine</i>	87
<i>econazole nitrate</i>	30	<i>eplerenone</i>	58
EDARBI	54	EPRONTIA	24
EDARBYCLOR	57	<i>ergoloid mesylates</i>	41
EDURANT	45	<i>ergotamine-caffeine</i>	31
EDURANT PED	45	ERIVEDGE	35
<i>efavirenz</i>	45	ERLEADA	32
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	45	<i>erlotinib hcl</i>	35
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	45	<i>errin</i>	76
EGRIFTA SV	71	<i>ertapenem sodium</i>	20
EGRIFTA WR	71	<i>ery</i>	21
ELEPSIA XR	22	<i>erythromycin</i>	21
ELIGARD	77	<i>erythromycin base</i>	21
<i>elinest</i>	73	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	21
ELIQUIS	51	ERZOFRI	41
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	51	<i>escitalopram oxalate</i>	27
ELIQUIS (2 MG PACK)	52	<i>eslicarbazepine acetate</i>	25
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	52	<i>esomeprazole magnesium</i>	67
ELMIRON	69	<i>estarylla</i>	74
<i>eluryng</i>	74	<i>estradiol</i>	72
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	50	<i>estradiol valerate</i>	72
EMBLAVEO	20	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	74
EMCYT	33	<i>estrogens conjugated</i>	72
EMEND	29	<i>eszopiclone</i>	90
EMGALITY	31	<i>ethambutol hcl</i>	32
EMGALITY (300 MG DOSE)	31	<i>ethosuximide</i>	22
EMRELIS	39	<i>etodolac</i>	14
		<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	74

<i>etravirine</i>	45	<i>flunisolide</i>	86
EUCRISA	62	<i>fluocinolone acetonide</i>	70
EULEXIN	32	<i>fluocinonide</i>	70
EVENITY	84	<i>fluocinonide emulsified base</i>	70
<i>everolimus</i>	35, 79	<i>fluorometholone</i>	85
EVOTAZ	46	<i>fluorouracil</i>	63
EVRYSDI	68	<i>fluoxetine hcl</i>	28
<i>exemestane</i>	34	<i>fluphenazine decanoate</i>	41
EXKIVITY	35	<i>fluphenazine hcl</i>	41
EXTENCILLINE	20	<i>flurazepam hcl</i>	90
EXXUA	27	<i>flurbiprofen</i>	14
EXXUA TITRATION PACK	27	<i>flurbiprofen sodium</i>	85
EYSUVIS	85	<i>fluticasone propionate</i>	70, 86
<i>ezetimibe</i>	59	<i>fluticasone-salmeterol</i>	89
F		<i>fluvoxamine maleate</i>	28
<i>falmina</i>	74	<i>fondaparinux sodium</i>	52
<i>famciclovir</i>	47	FORZINITY	68
<i>famotidine</i>	67	<i>fosamprenavir calcium</i>	46
FANAPT	42	<i>fosfomycin tromethamine</i>	18
FANAPT TITRATION PACK A	42	<i>fosinopril sodium</i>	54
FANAPT TITRATION PACK B	42	FOTIVDA	35
FANAPT TITRATION PACK C	42	FRUZAQLA	33
FARXIGA	48	FULPHILA	52
FASENRA	89	<i>furosemide</i>	58
FASENRA PEN	89	FUZEON	46
<i>febuxostat</i>	31	FYARRO	35
<i>felbamate</i>	24	<i>fyavolv</i>	74
FEMRING	72	G	
<i>fenofibrate</i>	58	<i>gabapentin</i>	23
<i>fenofibrate micronized</i>	58	GALAFOLD	68
<i>fentanyl</i>	15	<i>galantamine hydrobromide</i>	26
<i>fentanyl citrate</i>	15	<i>galantamine hydrobromide er</i>	26
FERRIPROX	66	GAMMAGARD	81
FETZIMA	27	GAMMAGARD ERC	81
FETZIMA TITRATION	27	GAMMAGARD S/D LESS IGA	81
FIASP	50	GAMMAPLEX	81
FIASP FLEXTOUCH	50	GAMUNEX-C	81
FIASP PENFILL	50	GARDASIL 9	82
<i>fidaxomicin</i>	21	GATTEX	67
<i>finasteride</i>	69	<i>gauze pads</i>	50
<i>fingolimod hcl</i>	61	GAVILYTE-C	66
FINTEPLA	22	<i>gavilyte-g</i>	66
FIRMAGON	77	GAVRETO	35
FIRMAGON (240 MG DOSE)	77	<i>gefitinib</i>	35
FLEBOGAMMA DIF	80	<i>gemfibrozil</i>	58
<i>flecainide acetate</i>	54	GEMTESA	69
<i>fluconazole</i>	30	<i>generlac</i>	66
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	30	<i>gengraf</i>	79
<i>flucytosine</i>	30	<i>gentamicin sulfate</i>	17
<i>fludrocortisone acetate</i>	70	GENVOYA	44

GILOTRIF	35	<i>hydrochlorothiazide</i>	58
GLASSIA.....	68	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	14
<i>glatiramer acetate</i>	61	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	14
<i>glatopa</i>	61	<i>hydrocortisone</i>	70
<i>glimepiride</i>	48	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	70
<i>glipizide</i>	48	<i>hydrocortisone butyrate</i>	70
<i>glipizide er</i>	48	<i>hydrocortisone valerate</i>	70
<i>glipizide-metformin hcl</i>	49	<i>hydromorphone hcl</i>	15
<i>glyburide</i>	48	<i>hydromorphone hcl pf</i>	15
<i>glyburide-metformin</i>	49	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	39
<i>glycerol phenylbutyrate</i>	68	<i>hydroxyurea</i>	33
<i>glycopyrrolate</i>	67	<i>hydroxyzine hcl</i>	47
<i>glydo</i>	16	<i>hydroxyzine pamoate</i>	47
GLYXAMBI.....	48	HYRNUO.....	35
GOMEKLI.....	35	HYZAAR.....	57
<i>goodsense arthritis pain</i>	15	I	
GRAFAPEX	32	<i>ibandronate sodium</i>	84
<i>granisetron hcl</i>	29	IBRANCE	36
<i>griseofulvin microsize</i>	30	IBTROZI	36
<i>guanfacine hcl</i>	53	<i>ibu</i>	15
<i>guanfacine hcl er</i>	60	<i>ibuprofen</i>	15
GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	49	<i>icatibant acetate</i>	78
GVOKE PFS	50	<i>iclevia</i>	72
H		ICLUSIG.....	36
HAEGARDA.....	78	<i>icosapent ethyl</i>	59
<i>hailey 1.5/30</i>	74	IDHIFA	36
<i>hailey 24 fe</i>	74	ILEVRO	85
<i>hailey fe 1.5/30</i>	74	<i>imatinib mesylate</i>	36
<i>hailey fe 1/20</i>	74	IMBRUVICA	36
<i>halobetasol propionate</i>	70	<i>imipenem-cilastatin</i>	17
<i>haloperidol</i>	41	<i>imipramine hcl</i>	28
<i>haloperidol decanoate</i>	41	<i>imiquimod</i>	63
<i>haloperidol lactate</i>	41	IMJUDO	39
HAVRIX.....	82	<i>imkeldi</i>	36
<i>heather</i>	76	IMOVAX RABIES	82
<i>heparin sodium (porcine)</i>	52	IMPAVIDO.....	18
HEPLISAV-B.....	82	INBRIJA	40
HERNEXEOS	35	<i>incassia</i>	76
HETLIOZ LQ	90	INCRELEX	71
HIBERIX.....	82	<i>indapamide</i>	58
HUMIRA (2 PEN).....	79	<i>indomethacin</i>	15
HUMIRA (2 SYRINGE)	79	INFANRIX	82
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	79	INGREZZA	61
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER..	79	INLURIYO	33
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START ..	79	INLYTA.....	36
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER	79	INQOVI.....	33
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER	79	INREBIC.....	36
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	50	INTELENCE	45
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	50	INTRALIPID	65
<i>hydralazine hcl</i>	59	INVEGA HAFYERA.....	42

INVEGA SUSTENNA.....	42	KALYDECO.....	88
INVEGA TRINZA	42	<i>kariva</i>	73
INVELTYS.....	85	<i>kelnor 1/35</i>	74
IPOL.....	82	<i>kelnor 1/50</i>	74
<i>ipratropium bromide</i>	87	KERENDIA.....	57
<i>ipratropium-albuterol</i>	89	KESIMPTA.....	61
<i>irbesartan</i>	54	<i>ketoconazole</i>	30
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>ketorolac tromethamine</i>	15, 85
ISENTRESS.....	44	KEYTRUDA.....	39
ISENTRESS HD	44	KEYTRUDA QLEX.....	33
<i>isibloom</i>	74	KINERET.....	81
ISOLYTE-P IN D5W.....	65	KINRIX	82
ISOLYTE-S PH 7.4	64	KISQALI (200 MG DOSE).....	36
<i>isoniazid</i>	32	KISQALI (400 MG DOSE).....	36
<i>isosorbide dinitrate</i>	59	KISQALI (600 MG DOSE).....	36
<i>isosorbide mononitrate er</i>	59	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	33
<i>isotretinoin</i>	63	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	33
ITOVEBI.....	36	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	33
<i>itraconazole</i>	30	KISUNLA.....	25
<i>ivabradine hcl</i>	57	<i>klor-con m10</i>	64
<i>ivermectin</i>	39	<i>klor-con m15</i>	64
IWILFIN.....	33	<i>klor-con m20</i>	64
IXIARO.....	82	KLOXXADO	17
J		KOSELUGO	36
<i>jaimiess</i>	73	<i>kourzeq</i>	62
JAKAFI.....	36	KRAZATI	36
<i>jantoven</i>	52	KRINTAFEL	39
JANUMET	49	KRYSTEXXA.....	31
JANUMET XR.....	49	<i>kurvelo</i>	74
JANUVIA.....	48	<i>kymbee</i>	83
JARDIANCE.....	48	KYPROLIS	36
<i>jasmiel</i>	74	L	
JAYPIRCA	36	<i>labetalol hcl</i>	55
<i>jencycla</i>	76	<i>lacosamide</i>	25
JENTADUETO	49	<i>lactulose</i>	66
JENTADUETO XR.....	49	LAGEVRIO.....	47
<i>jinteli</i>	74	<i>lamivudine</i>	44, 45
JUBBONTI	84	<i>lamivudine-zidovudine</i>	45
<i>juleber</i>	74	<i>lamotrigine</i>	24
JULUCA.....	46	<i>lanreotide acetate</i>	77
<i>junel 1.5/30</i>	74	<i>lansoprazole</i>	67
<i>junel 1/20</i>	74	<i>lanthanum carbonate</i>	66
<i>junel fe 1.5/30</i>	74	LANTUS	50
<i>junel fe 1/20</i>	74	LANTUS SOLOSTAR.....	50
<i>junel fe 24</i>	74	<i>lapatinib ditosylate</i>	36
JUXTAPID.....	59	<i>larin 1.5/30</i>	74
JYNNEOS.....	82	<i>larin 1/20</i>	74
K		<i>larin 24 fe</i>	74
KALETRA.....	46	<i>larin fe 1.5/30</i>	74
<i>kalliga</i>	74	<i>larin fe 1/20</i>	74

<i>latanoprost</i>	86	LIVALO.....	58
LAZCLUZE.....	36	LIVTENCITY	18
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	44	<i>lofexidine hcl</i>	16
<i>leflunomide</i>	81	<i>lojaimiess</i>	73
<i>lenalidomide</i>	32	LOKELMA	66
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	36	<i>lomustine</i>	32
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	36	LONSURF	34
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	36	<i>loperamide hcl</i>	67
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	36	<i>lopinavir-ritonavir</i>	46
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	36	<i>lorazepam</i>	23
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	37	LORBRENA	37
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	37	<i>loryna</i>	74
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	37	<i>losartan potassium</i>	54
LEQVIO.....	59	<i>losartan potassium-hctz</i>	57
<i>lessina</i>	74	LOTEMAX	85
<i>letrozole</i>	34	LOTEMAX SM.....	85
<i>leucovorin calcium</i>	34	<i>loteprednol etabonate</i>	85
LEUKERAN.....	32	<i>loteprednol-tobramycin</i>	84
LEUKINE.....	52	<i>lovastatin</i>	58
<i>leuprolide acetate</i>	77	<i>low-ogestrel</i>	74
<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	77	<i>loxapine succinate</i>	41
<i>levetiracetam</i>	22	<i>lo-zumandimine</i>	74
<i>levetiracetam er</i>	22	<i>lubiprostone</i>	67
<i>levobunolol hcl</i>	86	<i>luizza 1.5/30</i>	74
<i>levocarnitine</i>	64	<i>luizza 1/20</i>	74
<i>levocarnitine (dietary)</i>	64	LUMAKRAS	37
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	87	LUMIGAN.....	86
<i>levofloxacin</i>	21	LUNSUMIO	39
<i>levofloxacin in d5w</i>	21	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	77
<i>levonest</i>	74	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	77
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	73	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	77
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	74	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	77
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	74	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	77
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	74	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	77
<i>levothyroxine sodium</i>	77	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	77
LEXIVA	46	<i>lurasidone hcl</i>	42
<i>l-glutamine</i>	33	<i>lutera</i>	74
LIBERVANT	23	LYBALVI.....	42
<i>lidocaine</i>	16	<i>lyleq</i>	76
<i>lidocaine hcl</i>	16	<i>lyllana</i>	72
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i>	54	LYNPARZA	37
<i>lidocaine viscous hcl</i>	16	LYSODREN	34
<i>lidocaine-prilocaine</i>	16	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	37
<i>linezolid</i>	18	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	37
LINZESS.....	67	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	37
<i>liothyronine sodium</i>	77	<i>lyza</i>	76
<i>lisinopril</i>	54	M	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>magnesium sulfate</i>	64
<i>lithium</i>	47	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	64
<i>lithium carbonate</i>	47	<i>malathion</i>	63
<i>lithium carbonate er</i>	48		

<i>maraviroc</i>	46	<i>metoprolol tartrate</i>	55
<i>marlissa</i>	75	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	57
MARPLAN	27	<i>metronidazole</i>	18
MATULANE	32	<i>metyrosine</i>	57
MAVENCLAD (10 TABS)	61	<i>mexiletine hcl</i>	54
MAVENCLAD (4 TABS)	61	<i>micafungin sodium</i>	30
MAVENCLAD (5 TABS)	61	<i>miconazole 3</i>	30
MAVENCLAD (6 TABS)	61	<i>microgestin fe 1/20</i>	75
MAVENCLAD (7 TABS)	61	<i>midodrine hcl</i>	53
MAVENCLAD (9 TABS)	62	<i>mifepristone</i>	50
MAVYRET	44	<i>miglustat</i>	68
MAYZENT	62	<i>mili</i>	75
MAYZENT STARTER PACK	62	<i>milnacipran hcl</i>	61
<i>meclizine hcl</i>	29	<i>mimvey</i>	75
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	76	<i>minocycline hcl</i>	22
<i>mefenamic acid</i>	15	<i>minoxidil</i>	59
<i>mefloquine hcl</i>	39	<i>mirtazapine</i>	26
<i>megestrol acetate</i>	76	<i>misoprostol</i>	67
MEKINIST	37	MITIGARE	31
MEKTOVI	37	M-M-R II	82
<i>meloxicam</i>	15	<i>modafinil</i>	90
<i>memantine hcl</i>	26	MODEYSO	34
<i>memantine hcl er</i>	26	<i>molindone hcl</i>	41
MENQUADFI	82	<i>mometasone furoate</i>	70, 86
MENVEO	82	<i>mondoxyne nl</i>	22
<i>mercaptopurine</i>	33	<i>mono-lynyah</i>	75
<i>meropenem</i>	20	<i>montelukast sodium</i>	87
<i>mesalamine</i>	83	<i>morphine sulfate</i>	16
<i>mesalamine er</i>	83	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	16
<i>mesna</i>	39	<i>morphine sulfate er</i>	15
MESNEX	39	MOTPOLY XR	25
<i>metformin hcl</i>	48	MOUNJARO	48
<i>metformin hcl er</i>	48	MOVANTIK	67
<i>methadone hcl</i>	15	<i>moxifloxacin hcl</i>	21
<i>methenamine hippurate</i>	18	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	21
<i>methimazole</i>	78	MRESVIA	82
<i>methocarbamol</i>	44	MULPLETA	52
<i>methotrexate sodium</i>	79	MULTAQ	54
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	79	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	64
<i>methoxsalen rapid</i>	63	<i>mupirocin</i>	18
<i>methscopolamine bromide</i>	67	MVASI	37
<i>methsuximide</i>	22	<i>mycophenolate mofetil</i>	79
<i>methylphenidate hcl</i>	60	<i>mycophenolate sodium</i>	80
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	60	MYRBETRIQ	69
<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	60	N	
<i>methylprednisolone</i>	83	<i>nabumetone</i>	15
<i>methylprednisolone acetate</i>	83	<i>nafcillin sodium</i>	20
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	83	<i>naloxone hcl</i>	17
<i>metoclopramide hcl</i>	29	<i>naltrexone hcl</i>	17
<i>metolazone</i>	58	NAMZARIC	25
<i>metoprolol succinate er</i>	55		

<i>naproxen</i>	15
<i>naproxen dr</i>	15
NARCAN.....	17
NAYZILAM.....	22
<i>nebivolol hcl</i>	55
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	75
<i>nefazodone hcl</i>	28
NEFFY.....	87
<i>neomycin sulfate</i>	17
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	84
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	84
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	84
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	84, 86
NERLYNX.....	37
NEULASTA.....	52
NEUPRO.....	40
<i>nevirapine</i>	45
<i>nevirapine er</i>	45
NEXLETOL.....	59
NEXLIZET.....	59
NEXPLANON.....	77
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	59
<i>nicardipine hcl</i>	56
NICOTROL NS.....	17
<i>nifedipine</i>	56
<i>nifedipine er</i>	56
<i>nifedipine er osmotic release</i>	56
<i>nikki</i>	75
NIKTIMVO.....	32
<i>nilotinib d-tartrate</i>	37
<i>nilotinib hcl</i>	37
<i>nilutamide</i>	32
NINLARO.....	34
<i>nitazoxanide</i>	39
<i>nitisinone</i>	68
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	18
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	18
<i>nitroglycerin</i>	59
NITYR.....	68
NIVESTYM.....	53
<i>nizatidine</i>	67
NORDITROPIN FLEXPEN.....	71
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	75
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	75
<i>norethindrone</i>	77
<i>norethindrone acetate</i>	77
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	75
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	75
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	75
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	75
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	75

<i>nortrel 1/35 (21)</i>	75
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	75
<i>nortrel 7/7/7</i>	75
<i>nortriptyline hcl</i>	28
NORVIR.....	46
NOVOLIN 70/30.....	50
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	50
NOVOLIN N.....	50
NOVOLIN N FLEXPEN.....	50
NOVOLIN R.....	50
NOVOLIN R FLEXPEN.....	50
NOVOLOG.....	50
NOVOLOG FLEXPEN.....	50
NOVOLOG MIX 70/30.....	50
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	51
NOVOLOG PENFILL.....	51
NUBEQA.....	32
NUCALA.....	89
NUPLAZID.....	42
NURTEC.....	31
NUTRILIPID.....	65
<i>nyamyc</i>	30
<i>nylia 1/35</i>	75
<i>nylia 7/7/7</i>	75
<i>nystatin</i>	30
<i>nystop</i>	30
NYVEPRIA.....	53

O

OCREVUS.....	62
OCREVUS ZUNOVO.....	62
OCTAGAM.....	81
<i>octreotide acetate</i>	77
ODEFSEY.....	45
ODOMZO.....	37
OFEV.....	89
<i>ofloxacin</i>	21
OGSIVEO.....	37
OJEMDA.....	37
OJJAARA.....	37
<i>olanzapine</i>	42
<i>olmesartan medoxomil</i>	54
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	57
<i>olopatadine hcl</i>	85
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	59
<i>omeprazole</i>	67
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	67
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5.....	51
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5.....	51
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	51
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	51

OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5	51	PEDIARIX	82
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	51	PEDVAX HIB.....	82
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	51	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	66
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	51	<i>peg-3350/electrolytes</i>	66
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	51	PEGASYS	44
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	51	PEMAZYRE	37
OMNIPOD GO	51	PEMRYDI RTU	33
<i>ondansetron</i>	29	PENBRAYA.....	82
<i>ondansetron hcl</i>	29	<i>penicillamine</i>	69
ONUREG	33	<i>penicillin g potassium</i>	20
OPIPZA.....	27	<i>penicillin v potassium</i>	20
OPSUMIT.....	88	<i>penmenvy</i>	82
OPVEE	17	PENTACEL	82
<i>oralone</i>	62	<i>pentamidine isethionate</i>	39
ORENCIA.....	80	<i>pentoxifylline er</i>	57
ORENCIA CLICKJECT	80	<i>perampanel</i>	24
ORFADIN.....	68	<i>perindopril erbumine</i>	54
ORGOVYX.....	78	<i>periogard</i>	62
ORLISSA	78	<i>permethrin</i>	64
ORKAMBI	88	<i>perphenazine</i>	29
ORLADEYO	78	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	27
ORSERDU	33	PERSERIS	43
<i>oseltamivir phosphate</i>	46	<i>pfizerpen</i>	21
OSMOLEX ER	40	<i>phenelzine sulfate</i>	27
OTEZLA.....	63	<i>phenobarbital</i>	23
OTEZLA XR.....	63	<i>phenytek</i>	25
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	63	<i>phenytoin</i>	25
<i>oxcarbazepine</i>	25	<i>phenytoin sodium extended</i>	25
<i>oxcarbazepine er</i>	25	<i>philith</i>	75
<i>oxybutynin chloride</i>	69	PIFELTRO.....	45
<i>oxybutynin chloride er</i>	69	<i>pilocarpine hcl</i>	62, 86
<i>oxycodone hcl</i>	15	<i>pimecrolimus</i>	63
<i>oxycodone hcl er</i>	16	<i>pimozide</i>	41
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	14	<i>pimtrea</i>	73
OXYCONTIN.....	16	<i>pioglitazone hcl</i>	48
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	48	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	17, 18
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	48	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	34
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	48	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	34
P		PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	34
<i>pacerone</i>	55	<i>pirfenidone</i>	89
<i>paliperidone er</i>	42	PLASMA-LYTE 148.....	64
PALYNZIQ	68	PLASMA-LYTE A	64
PANRETIN.....	39	PLEGRIDY	62
<i>pantoprazole sodium</i>	68	<i>podofilox</i>	63
<i>paricalcitol</i>	84	<i>polymyxin b sulfate</i>	19
<i>paroxetine hcl</i>	28	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	85
PAXLOVID (150/100).....	47	<i>pomalidomide</i>	32
PAXLOVID (300/100 & 150/100)	47	<i>portia-28</i>	75
PAXLOVID (300/100).....	47	<i>posaconazole</i>	30
<i>pazopanib hcl</i>	37	<i>potassium chloride</i>	64
		<i>potassium chloride crys er</i>	64

<i>potassium chloride er</i>	64	<i>pyridostigmine bromide</i>	31
<i>potassium chloride in nacl</i>	64	<i>pyrimethamine</i>	40
<i>potassium citrate er</i>	64	PYRUKYND	68
PRALUENT	59	PYRUKYND TAPER PACK.....	68
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	40	Q	
<i>prasugrel hcl</i>	53	QINLOCK.....	37
<i>pravastatin sodium</i>	58	QUADRACEL.....	82
<i>praziquantel</i>	39	<i>quetiapine fumarate</i>	27
<i>prazosin hcl</i>	53	<i>quinapril hcl</i>	54
<i>prednisolone</i>	70, 71	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	57
<i>prednisolone acetate</i>	85	<i>quinidine sulfate</i>	55
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	71, 85	<i>quinine sulfate</i>	40
<i>prednisone</i>	71	QULIPTA.....	31
<i>pregabalin</i>	22, 23	R	
PREHEVBRIO	82	RABAVERT.....	82
PREMARIN.....	72	<i>rabeprazole sodium</i>	68
PREMPHASE	75	RALDESY	28
PREMPRO.....	75	<i>raloxifene hcl</i>	77
<i>pretomanid</i>	32	<i>ramipril</i>	54
<i>prevalite</i>	59	<i>ranolazine er</i>	57
PREVYMIS	44	<i>rasagiline mesylate</i>	40
PREZCOBIX.....	46	RASUVO	80
PREZISTA	46	RAYALDEE	84
PRIFTIN.....	32	<i>reclipsen</i>	75
<i>primaquine phosphate</i>	40	RECOMBIVAX HB	82
<i>primidone</i>	23	RECTIV	59
PRIORIX	82	RELENZA DISKHALER	46
PRIVIGEN.....	81	REMICADE	81
<i>probenecid</i>	31	<i>repaglinide</i>	48
<i>prochlorperazine</i>	29	REPATHA	59
<i>prochlorperazine maleate</i>	29	REPATHA SURECLICK.....	59
<i>procto-med hc</i>	71	RESTASIS	85
<i>proctosol hc</i>	71	RESTASIS MULTIDOSE.....	85
<i>proctozone-hc</i>	71	RETACRIT	53
<i>progesterone</i>	77	RETEVMO	37
PROGRAF	80	REVCovi	64
PROLASTIN-C.....	68	REVUFORJ.....	37
PROLENSA	85	REXULTI	43
PROMACTA.....	53	REYATAZ.....	46
<i>promethazine hcl</i>	29	REZDIFFRA	67
<i>promethegan</i>	29	REZLIDHIA	37
<i>propafenone hcl</i>	55	REZUROCK	80
<i>propranolol hcl</i>	55	RHOPRESSA.....	86
<i>propranolol hcl er</i>	55	RIABNI	81
<i>propylthiouracil</i>	78	<i>ribavirin</i>	44
PROQUAD.....	82	<i>rifabutin</i>	32
PROSOL.....	65	<i>rifampin</i>	32
<i>protriptyline hcl</i>	28	<i>riluzole</i>	61
<i>proxivol</i>	16	<i>rimantadine hcl</i>	46
PULMOZYME	89	RINVOQ.....	80
<i>pyrazinamide</i>	32		

RINVOQ LQ	80	<i>simpesse</i>	73
<i>risedronate sodium</i>	84	<i>simvastatin</i>	58
<i>risperidone</i>	43	<i>sirolimus</i>	80
<i>risperidone microspheres er</i>	43	SIRTURO	32
<i>ritonavir</i>	46	SKYLA.....	77
<i>rivaroxaban</i>	52	SKYRIZI	80
<i>rivastigmine</i>	26	SKYRIZI PEN.....	80
<i>rivastigmine tartrate</i>	26	<i>sodium chloride</i>	64
<i>rizatriptan benzoate</i>	31	<i>sodium chloride (pf)</i>	64
ROCKLATAN	86	<i>sodium fluoride</i>	65
<i>roflumilast</i>	88	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	65
ROLVEDON.....	53	<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	65
ROMVIMZA.....	37	<i>sodium phenylbutyrate</i>	68
<i>ropinirole hcl</i>	40	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	66
<i>rosuvastatin calcium</i>	58	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	44
ROTARIX.....	82	SOLQUA	49
ROTATEQ.....	82	SOLTAMOX	33
ROZLYTREK	38	SOLU-CORTEF	71
RUBRACA	38	SOMAVERT	78
<i>rufinamide</i>	25	<i>sorafenib tosylate</i>	38
RUKOBIA.....	46	<i>sotalol hcl</i>	55
RYBELSUS.....	48	<i>sotalol hcl (af)</i>	55
RYBELSUS (FORMULATION R2).....	49	SPIRIVA HANDIHALER	87
RYDAPT	38	SPIRIVA RESPIMAT	87
RYSTIGGO	32	<i>spironolactone</i>	58
S		<i>sprintec 28</i>	75
<i>sacubitril-valsartan</i>	57	SPRITAM	22
<i>sajazir</i>	78	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	66
SANTYL.....	63	<i>ssd</i>	21
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	68	STELARA.....	63, 83
SAVELLA TITRATION PACK	61	STIOLTO RESPIMAT.....	89
SCEMBLIX.....	38	STIVARGA.....	38
<i>scopolamine</i>	29	<i>streptomycin sulfate</i>	17
SECUADO	43	STRIBILD	44
<i>selegiline hcl</i>	40, 41	STRIVERDI RESPIMAT	87
<i>selenium sulfide</i>	63	SUBVENITE.....	24
SELZENTRY	46	<i>sucralfate</i>	67
SEREVENT DISKUS	87	<i>sulfacetamide sodium</i>	21
SEROSTIM	67	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	21
<i>sertraline hcl</i>	28	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	85
<i>setlakin</i>	73	<i>sulfadiazine</i>	21
<i>sevelamer carbonate</i>	66	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	21, 22
<i>sevelamer hcl</i>	66	<i>sulfasalazine</i>	83
<i>sharobel</i>	77	<i>sulfatrim pediatric</i>	22
SHINGRIX.....	82	<i>sulindac</i>	15
SIGNIFOR.....	78	<i>sumatriptan</i>	31
<i>sildenafil citrate</i>	69, 88	<i>sumatriptan succinate</i>	31
<i>silver sulfadiazine</i>	21	<i>sunitinib malate</i>	38
SIMBRINZA	85	SUNLENCA.....	46
<i>simliya</i>	73	SUNOSI	90
		SUPREP BOWEL PREP KIT	65

SUTAB.....	65	<i>theophylline er</i>	88
<i>syeda</i>	75	<i>thioridazine hcl</i>	41
SYMBICORT.....	89	<i>thiothixene</i>	41
SYMDEKO.....	88	<i>tiadylt er</i>	56
SYMPAZAN.....	23, 24	<i>tiagabine hcl</i>	24
SYMTUZA.....	46	TIBSOVO.....	38
SYNAREL.....	78	<i>ticagrelor</i>	53
SYNJARDY.....	49	TICOVAC.....	83
SYNJARDY XR.....	49	<i>tigecycline</i>	19
T		<i>timolol maleate</i>	31, 86
TABLOID.....	33	<i>tinidazole</i>	19
TABRECTA.....	38	<i>tiopronin</i>	69
<i>tacrolimus</i>	63, 80	TIVICAY.....	44
<i>tadalafil</i>	69	TIVICAY PD.....	44
<i>tadalafil (pah)</i>	88	<i>tizanidine hcl</i>	90
TAFINLAR.....	38	TOBI PODHALER.....	88
TAGRISSE.....	38	<i>tobramycin</i>	17, 88
TAKHZYRO.....	78	<i>tobramycin sulfate</i>	17
TALZENNA.....	38	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	85
<i>tamoxifen citrate</i>	33	<i>tolterodine tartrate</i>	69
<i>tamsulosin hcl</i>	69	<i>tolterodine tartrate er</i>	69
<i>tanlor</i>	44	<i>tolvaptan</i>	66
<i>tarina 24 fe</i>	75	<i>topiramate</i>	24
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	75	<i>toremifene citrate</i>	33
<i>tasimelteon</i>	90	<i>torse mide</i>	58
TAVALISSE.....	51	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	51
TAVNEOS.....	81	TOUJEO SOLOSTAR.....	51
<i>tazarotene</i>	63	TRACLEER.....	88
<i>taztia xt</i>	56	TRADJENTA.....	49
TDVAX.....	82	<i>tramadol hcl</i>	16
TECVAYLI.....	39	<i>tramadol-acetaminophen</i>	14
<i>telmisartan</i>	54	<i>trandolapril</i>	54
<i>temazepam</i>	90	<i>tranexamic acid</i>	51
TENIVAC.....	83	<i>tranylcypromine sulfate</i>	27
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	45	TRAVASOL.....	65
TEPEZZA.....	85	<i>travoprost (bak free)</i>	86
TEPMETKO.....	38	<i>trazodone hcl</i>	28
<i>terazosin hcl</i>	53	TRELEGY ELLIPTA.....	89
<i>terbinafine hcl</i>	30	TRELSTAR MIXJECT.....	78
<i>terbutaline sulfate</i>	87	TREMFYA.....	63, 80
<i>terconazole</i>	30	TREMFYA ONE-PRESS.....	63
<i>teriflunomide</i>	62	TREMFYA PEN.....	80
<i>testosterone</i>	71	TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	80
<i>testosterone cypionate</i>	72	<i>tretinoin</i>	39, 63
<i>testosterone enanthate</i>	72	<i>triamcinolone acetonide</i>	62, 71, 83
<i>tetrabenazine</i>	61	<i>triamterene-hctz</i>	57
<i>tetracycline hcl</i>	22	<i>tridacaine ii</i>	16
TEVIMBRA.....	39	<i>trientine hcl</i>	66
THALOMID.....	32, 33	<i>tri-estarylla</i>	75
<i>theophylline</i>	88	<i>trifluoperazine hcl</i>	41
		<i>trifluridine</i>	47

<i>trihexyphenidyl hcl</i>	40	VALTOCO 20 MG DOSE	24
TRIJARDY XR	49	VALTOCO 5 MG DOSE	24
TRIKAFTA	88	<i>valtya 1/35</i>	76
<i>tri-legest fe</i>	75	<i>valtya 1/50</i>	76
<i>tri-linyah</i>	75	<i>vancomycin hcl</i>	19
<i>tri-lo-estarylla</i>	75	VANFLYTA	38
<i>tri-lo-marzia</i>	76	VAQTA	83
<i>tri-lo-mili</i>	76	<i>varenicline tartrate</i>	17
<i>tri-lo-sprintec</i>	76	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	17
<i>trimethoprim</i>	19	VARIVAX	83
<i>tri-mili</i>	76	VAXCHORA	83
<i>trimipramine maleate</i>	29	VELIVET	76
TRINTELLIX	28	VELPHORO	66
<i>tri-nymyo</i>	76	VEMLIDY	44
<i>tri-sprintec</i>	76	VENCLEXTA	38
TRIUMEQ	46	VENCLEXTA STARTING PACK	38
<i>triumeq pd</i>	46	<i>venlafaxine hcl</i>	28
<i>trivora (28)</i>	76	<i>venlafaxine hcl er</i>	28
<i>tri-vylibra</i>	76	VEOZAH	61
<i>tri-vylibra lo</i>	76	<i>verapamil hcl</i>	56
TROPHAMINE	65	<i>verapamil hcl er</i>	56
<i>tropium chloride</i>	69	VERQUVO	57
TRULICITY	50	VERSACLOZ	44
TRUMENBA	83	VERZENIO	38
TRUQAP	38	<i>vestura</i>	76
TUKYSA	38	<i>vienna</i>	76
TURALIO	38	<i>vigabatrin</i>	24
TWINRIX	83	<i>vigadrone</i>	24
TYENNE	81	VIGAFYDE	24
TYMLOS	84	VIJOICE	68
TYPHIM VI	83	<i>vilazodone hcl</i>	28
U		VIMKUNYA	83
UBRELVY	31	<i>viorele</i>	73
UDENYCA	53	VIRACEPT	46
UDENYCA ONBODY	53	VIREAD	45
ULTOMIRIS	78	VITRAKVI	34
UPTRAVI	88	VIVOTIF	83
UPTRAVI TITRATION	88	VIZIMPRO	38
<i>ursodiol</i>	67	<i>volnea</i>	73
<i>ustekinumab</i>	63	VONJO	38
UZEDY	43	VORANIGO	38
V		<i>voriconazole</i>	30
<i>valacyclovir hcl</i>	47	VOWST	67
VALCHLOR	32	VRAYLAR	43
<i>valganciclovir hcl</i>	44	VUMERITY	62
<i>valproic acid</i>	24, 48	VYEPTI	31
<i>valsartan</i>	54	<i>vyfemla</i>	76
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>vylibra</i>	76
VALTOCO 10 MG DOSE	24	VYLOY	38
VALTOCO 15 MG DOSE	24	VYNDAMAX	68
		VYVGART	33

VYVGART HYTRULO.....	33
W	
<i>warfarin sodium</i>	52
WELIREG	34
<i>wera</i>	76
WINREVAIR.....	88
<i>wixela inhub</i>	89
X	
XALKORI	38
XARELTO	52
XARELTO STARTER PACK.....	52
XATMEP	34
XCOPRI	24
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	24
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	25
XDEMVY.....	19
XELJANZ.....	80
XELJANZ XR	80
XERMELO	67
XGEVA	84
XHANCE	86
XIFAXAN.....	19
XIGDUO XR.....	49
XIIDRA.....	86
XOFLUZA (40 MG DOSE)	47
XOFLUZA (80 MG DOSE)	47
XOLAIR.....	90
XOSPATA.....	38
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	34
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	34
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	34
XTANDI.....	32
<i>xulane</i>	76
XULTOPHY.....	49

XURIDEN.....	64
XYOSTED	72
XYREM	90
Y	
YESINTEK	63
YF-VAX	83
YONSA.....	32
<i>yuvaferm</i>	72
Z	
<i>zafemy</i>	76
<i>zafirlukast</i>	87
<i>zaleplon</i>	90
ZARXIO.....	53
ZEJULA.....	38
ZELBORAF	38
ZELSUVMI	64
<i>zenatane</i>	63
ZENPEP	68
<i>zidovudine</i>	46
ZIIHERA.....	38
<i>ziprasidone hcl</i>	43
<i>ziprasidone mesylate</i>	43
ZIRABEV.....	39
ZIRGAN.....	44
<i>zoledronic acid</i>	84
ZOLINZA	34
<i>zolpidem tartrate</i>	90
ZONISADE.....	23
<i>zonisamide</i>	23
<i>zovia 1/35 (28)</i>	76
ZTALMY	24
ZTLIDO	16
<i>zumandimine</i>	76
ZURZUVAE.....	27
ZYKADIA.....	39
ZYLET	85
ZYPREXA RELPREVV	43

Este formulario se actualizó el **05/21/2026**. Para obtener más información reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Prominence Health al 833-775-MEDS (6337). Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre o visite [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Pueden ocurrir cambios en nuestra red de farmacias durante el año de beneficios. Hay un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com). También puede llamar a Servicios para miembros al 833-775-MEDS (6337) (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener información actualizada.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-855-969-5882 si desea obtener información adicional. Este documento puede estar disponible en formatos alternativos, como en letra grande o en español.



Prominence Health es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en Prominence Health depende de la renovación del contrato.