

Lista de medicamentos para la diabetes y el corazón de Prominence

PROMINENCE MEDICARE ADVANTAGE

Formulario 2027 (Lista de medicamentos cubiertos)

Planes que utilizan este formulario:

Diabetes and Heart (HMO CSNP) - North Texas, South Texas, Palm Beach, 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: 27391, número de versión: 6

Este formulario se actualizó el 10/05/2026. 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 2027

Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos"

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 27391

Este formulario se actualizó el **10/05/2026**. 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](https://www.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 **10/05/2026**. 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 2027 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 de 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 2027 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2027, 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 **10/05/2026**. 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 **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 **96**. 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

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 **96**.

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 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	26
ANTIDEPRESIVOS	27
ANTIEMÉTICOS	29
ANTIFUNGALES	30
AGENTES CONTRA LA GOTA	31
AGENTES ANTIMIGRAÑA	32
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS	32
ANTIMICOBACTERIANOS	33
ANTINEOPLÁSICOS	33
ANTIPARASITARIOS	41
AGENTES ANTIPARKINSON	41
ANTIPSICÓTICOS	42
AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD	45
ANTIVIRALES	46
ANSIOLÍTICOS	49
AGENTES PARA BIPOLARIDAD	49
REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE	50
PRODUCTOS PARA LA SANGRE Y MODIFICADORES	53
PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN	53
AGENTES CARDIOVASCULARES	55
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	62
AGENTES DENTALES Y ORALES	64
AGENTES DERMATOLÓGICOS	65
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS	66
AGENTES GASTROINTESTINALES	69
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	71
DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	71
AGENTES GENITOURINARIOS	72
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (ADRENALES)	72

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA).....	75
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	75
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES).....	81
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA).....	81
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE)	82
AGENTES INMUNOLÓGICOS.....	82
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO	87
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO	88
AGENTES OFTÁLMICOS	88
AGENTES ÓTICOS	90
AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO/PULMONAR	90
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS	94
AGENTES PARA DESÓRDENES DEL SUEÑO.....	94

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-cafeine 50-325-40 mg tab</i>	2	ESGIC	QL(180 / 30), HR
<i>butalbital-aspirin-cafeine 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 % Topical 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 % Topical Solution</i>	2	PENNSAID	QL(300 / 30)
<i>diclofenac sodium 2 % Topical Solution</i>	4	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 er 100 mg tab er 24 hr</i>	2	VOLTAREN XR	QL(60 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
<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 % Topical Prefilled Syringe</i>	2	GLYDO	QL(30 / 30)
<i>lidocaine 5 % Topical Ointment</i>	4		PA^,QL(90 / 30)
<i>lidocaine 5 % Topical Patch</i>	2	LIDODERM	PA^,QL(90 / 30)
<i>lidocaine hcl 1 % inj soln</i>	1	XYLOCAINE	
<i>lidocaine hcl 4 % Topical Solution</i>	2	XYLOCAINE	PA^
<i>lidocaine viscous hcl 2 % m/t soln</i>	2	XYLOCAINE	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % Topical Cream</i>	4	EMLA	PA^,QL(30 / 30)
PROXIVOL 2 % Topical Gel	2		
ZTLIDO 1.8 % Topical 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			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
<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	
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	2	CHANTIX	QL(336 / 365)
ANTIBACTERIANOS			
Aminoglucósidos			
<i>amikacin sulfate 1 gm/4ml inj soln</i>	4		PA
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml inj soln</i>	4	AMIKIN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln</i>	1	GARAMYCIN	
<i>gentamicin sulfate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment</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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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		
<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 % Topical Swab</i>	2	CLEOCIN-T	
<i>clindamycin phosphate 1 % Topical Solution</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>	4	COLY-MYCIN	PA(*)
<i>daptomycin 500 mg iv soln</i>	4	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>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 % Topical Cream</i>	4	METROCREAM	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>metronidazole 0.75 % Topical Gel, 0.75 % vag gel</i>	2	METROGEL	
<i>metronidazole 1 % Topical Gel</i>	4	METROGEL	
<i>metronidazole 0.75 % Topical Lotion</i>	4	METROLOTION	
<i>mupirocin 2 % Topical Ointment</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
<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>XDEMZY 0.25 % ophth soln</i>	5		PANSO
<i>XIFAXAN 200 mg tab</i>	3		PA, QL(9 / 30)
<i>XIFAXAN 550 mg tab</i>	3		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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
<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	
<i>EMBLAVEO 1.5-0.5 gm iv soln</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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	
<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	
DIFICID 40 mg/ml susp	5		QL(136 / 10)
<i>ery 2 % Topical Pad</i>	2		
<i>erythromycin 2 % Topical Solution</i>	2	ERYDERM	QL(180 / 30)
<i>erythromycin 2 % Topical 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			
BAXDELA 450 mg tab	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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 % Topical Cream</i>	2	SILVADENE	
<i>ssd 1 % Topical Cream</i>	4	SILVADENE	
<i>sulfacetamide sodium 10 % ophth soln</i>	2	BLEPH-10	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % Topical Lotion</i>	4	KLARON	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	3		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg tab, 800-160 mg tab</i>	1	SEPTRA	
<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>mondoxine 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ELEPSIA XR 1000 mg tab er 24 hr, 1500 mg tab er 24 hr	4		
EPIDIOLEX 100 mg/ml soln	5		PANSO
FINTEPLA 2.2 mg/ml soln	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		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	
NAYZILAM 5 mg/0.1ml nasal soln	4		QL(10 / 30)
SPRITAM 250 mg tab disint sol, 500 mg tab disint sol	4		ST
SPRITAM 1000 mg tab disint sol	4		QL(60 / 30), ST
SPRITAM 750 mg tab disint sol	4		QL(120 / 30), ST
Agentes Modificadores de los Canales de Calcio			
CELONTIN 300 mg cap	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)
<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	DIASAT	
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	VALIUM	QL(120 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
<i>LIBERVANT 10 mg bucc film, 12.5 mg bucc film, 15 mg bucc film, 5 mg bucc film, 7.5 mg bucc film</i>	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	
<i>relgaabi 200 mg cap</i>	5		QL(540 / 30)
<i>SYMPAZAN 5 mg oral film</i>	4		PANSO, QL(60 / 30)
<i>SYMPAZAN 10 mg oral film, 20 mg oral film</i>	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	
<i>VALTOCO 10 MG DOSE 10 mg/0.1ml nasal liq</i>	4		
<i>VALTOCO 15 MG DOSE 2 x 7.5 mg/0.1ml Nasal Liquid Therapy Pack</i>	4		
<i>VALTOCO 20 MG DOSE 2 x 10 mg/0.1ml Nasal Liquid Therapy Pack</i>	4		
<i>VALTOCO 5 MG DOSE 5 mg/0.1ml nasal liq</i>	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	
<i>VIGAFYDE 100 mg/ml soln</i>	5		PANSO
<i>ZTALMY 50 mg/ml susp</i>	5		PANSO
Agentes Reductores de Glutamato			
<i>EPRONTIA 25 mg/ml soln</i>	4		QL(480 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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 10 mg tab, 12 mg tab, 2 mg tab, 8 mg tab</i>	4		QL(30 / 30), ST
<i>perampanel 4 mg tab, 6 mg tab</i>	4		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 x200 mg tab pack, 14 x 50 MG & 14 x100 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
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>	4		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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
LEQEMBI IQLIK 360 mg/1.8ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(7.2 / 28)
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)
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
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 Monoaminooxidasa			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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(*)
ANTIFUNGUALES			
ANTIFUNGUALES			
<i>AMBISOME 50 mg iv susp</i>	5		PA(*)
<i>amphotericin b 50 mg iv soln</i>	2	FUNGIZONE	PA(*)
<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 % Topical Solution</i>	2	PENLAC	QL(19.8 / 30)
<i>ciclopirox olamine 0.77 % Topical Cream</i>	2	LOPROX	QL(180 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>clotrimazole 1 % Topical Cream</i>	2	LOTRIMIN	
<i>clotrimazole 10 mg m/t troche</i>	2	MYCELEX	
<i>clotrimazole 1 % Topical Solution</i>	2	MYCELEX	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % Topical Cream</i>	2	LOTRISONE	QL(90 / 30)
CRESEMBA 186 mg cap, 74.5 mg cap	5		PA
<i>econazole nitrate 1 % Topical Cream</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 % Topical Cream</i>	2	NIZORAL	QL(180 / 30)
<i>ketoconazole 2 % Topical Shampoo</i>	2	NIZORAL	QL(360 / 30)
<i>miconazole 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 Topical Powder</i>	2	MYCOSTATIN	QL(60 / 30)
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	MYCOSTATIN	
<i>nystatin 100000 unit/gm Topical Cream, 100000 unit/gm Topical Ointment, 100000 unit/gm Topical Powder</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 Topical Powder</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 200 mg iv soln</i>	4	VFEND	PA(*)
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	5	VFEND	PA
AGENTES CONTRA LA GOTA			
AGENTES CONTRA LA GOTA			
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	ZYLOPRIM	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	4	COLCRYS	QL(120 / 30)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	2	COLBENEMID	
<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>	4	MIGRANAL	QL(8 / 28)
<i>ergotamine-caffeine 1-100 mg tab</i>	2	CAFERGOT	QL(40 / 28)
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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	MESTINON	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml soln</i>	4	MESTINON	
ANTIMICOBACTERIANOS			
Antimicobacterianos, Otros			
<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 % Topical 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>pomalidomide 1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap</i>	5		PANSO, QL(21 / 28)
POMALYST 1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap	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)
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>	4	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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)
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab</i>	2		
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	3		
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 x 25 MG & 1 x 100 mg cap pack	5		PANSO
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 x 25 MG & 1 x 100 mg cap pack	5		PANSO
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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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
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 500 mg tab	5		PANSO, QL(30 / 30)
BOSULIF 100 mg tab	5		PANSO, QL(90 / 30)
<i>bosutinib 400 mg tab</i>	5		PANSO, QL(30 / 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
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)
JAKAFI XR 11 mg tab er 24 hr, 22 mg tab er 24 hr, 33 mg tab er 24 hr, 44 mg tab er 24 hr, 55 mg tab er 24 hr	5		PANSO, QL(30 / 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)
KOMZIFTI 200 mg cap	5		PANSO, QL(90 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
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)
TAGRISSO 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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)
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
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			
BIZENGRI (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 % Topical Gel</i>	5	TARGRETIN	PANSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
PANRETIN 0.1 % Topical 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	4		
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	
<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	PAHRM,HR
<i>trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml soln</i>	2		HR
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	ARTANE	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
Precusores de Dopamina/Inhibidores de la Decarboxylasa 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		
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
CAPLYTA 10.5 mg cap, 21 mg cap, 42 mg cap	5		QL(30 / 30), ST
COBENFY 100-20 mg cap, 125-30 mg cap, 50-20 mg cap	5		PANSO
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 mg cap pack	5		PANSO
ERZOFRI 39 mg/0.25ml im susp pfs	3		QL(0.25 / 28)
ERZOFRI 78 mg/0.5ml im susp pfs	5		QL(0.5 / 28)
ERZOFRI 117 mg/0.75ml im susp pfs	5		QL(0.75 / 28)
ERZOFRI 156 mg/ml im susp pfs	5		QL(1 / 28)
ERZOFRI 234 mg/1.5ml im susp pfs	5		QL(1.5 / 28)
ERZOFRI 351 mg/2.25ml im susp pfs	5		QL(2.25 / 28)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	3		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
<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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml soln</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)
VOSEVI 400-100-100 mg tab	5		PA, QL(84 / 365)
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)			
EDURANT PED 2.5 mg tab sol	5		
<i>efavirenz 50 mg cap</i>	2	SUSTIVA	
<i>efavirenz 200 mg cap, 600 mg tab</i>	3	SUSTIVA	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	4	ATRIPLA	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab</i>	5	SYMFI	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab</i>	5	SYMFI LO	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	5		
<i>etravirine 100 mg tab, 200 mg tab</i>	5	INTELENCE	
INTELENCE 25 mg tab	4		
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	2	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	4	VIRAMUNE	
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24 hr</i>	4	VIRAMUNE XR	
ODEFSEY 200-25-25 mg tab	5		
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	5		
Agentes Anti-VIH, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa (NRTI)			
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	2	ZIAGEN	
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml soln</i>	4	ZIAGEN	
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	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		
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	3	EMTRIVA	
<i>emtricitabine-tenofovir df 100-150 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab</i>	4	TRUVADA	
<i>emtricitabine-tenofovir df 133-200 mg tab</i>	5	TRUVADA	
EMTRIVA 10 mg/ml soln	4		
IDVYNZO 100-0.25 mg tab	5		
<i>lamivudine 150 mg tab, 300 mg tab</i>	2	EPIVIR	
<i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>	4	EPIVIR	
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	2	COMBIVIR	
PIFELTRO 100 mg tab	5		
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	2	VIREAD	
VIREAD 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab	5		
VIREAD 40 mg/gm oral pwdr	5		
<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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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	
SYM TUZA 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	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 x 40 mg tab pack	4		QL(4 / 180)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 x 80 mg tab pack	4		QL(2 / 180)
Agentes Antiherpéticos			
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	2	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	4	ZOVIRAX	
acyclovir 5 % Topical Ointment	4	ZOVIRAX	QL(30 / 30)
acyclovir sodium 50 mg/ml iv soln	3	ZOVIRAX	PA(*)
famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab	2	FAMVIR	
trifluridine 1 % ophth soln	3	VIROPTIC	
valacyclovir hcl 1 gm tab, 500 mg tab	4	VALTREX	
Antiviral, Agentes contra el Coronavirus			
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			
buspirone hcl 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	2	BUSPAR	
hydroxyzine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	ATARAX	PAHRM,HR
hydroxyzine hcl 10 mg/5ml syr	2	ATARAX	HR
hydroxyzine pamoate 25 mg cap, 50 mg cap	1	VISTARIL	HR
hydroxyzine pamoate 100 mg cap	2	VISTARIL	HR
Benzodiazepinas			
alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	XANAX	QL(120 / 30)
alprazolam 2 mg tab	1	XANAX	QL(150 / 30)
chlordiazepoxide hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap	1	LIBRIUM	QL(120 / 30)
clorazepate dipotassium 15 mg tab, 3.75 mg tab, 7.5 mg tab	2	TRANXENE	QL(180 / 30)
AGENTES PARA BIPOLARIDAD			
Estabilizadores del Ánimo			
lithium 8 meq/5ml soln	2		
lithium carbonate 150 mg cap, 600 mg cap	1		
lithium carbonate 300 mg cap	1	ESKALITH	
lithium carbonate 300 mg tab	2	LITHOBID	
lithium carbonate er 450 mg tab er	2	ESKALITH CR	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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>	2		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)
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 1.5 mg tab, 4 mg tab, 9 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)
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)

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

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)
<i>sitagliptin phosphate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2		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>dapaglifloz base-metformin er 10-1000 mg tab er 24 hr, 10-500 mg tab er 24 hr</i>	2		QL(30 / 30)
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr</i>	2		QL(60 / 30)
<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 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)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl 50-1000 mg tab, 50-500 mg tab</i>	2		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 2.5-1000 mg tab er 24 hr	3		QL(60 / 30)
Agentes Glucémicos			
<i>diazoxide 50 mg/ml susp</i>	2	PROGLYCEM	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 mg/0.1ml sc soln auto-inj, 1 mg/0.2ml sc soln auto-inj	3		
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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)
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 LIBRE INTRO kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD 5 LIBRE 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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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		
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
DOPTELET SPRINKLE 10 mg cap sprinkle	5		PA, QL(120 / 30)
eltrombopag olamine 25 mg tab	5		PA, QL(30 / 30)
eltrombopag olamine 50 mg tab, 75 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
eltrombopag olamine 12.5 mg pckt, 12.5 mg tab	5		PA, QL(90 / 30)
eltrombopag olamine 25 mg pckt	5		PA, QL(180 / 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
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			
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12 hr	4	AGGRENOX	QL(60 / 30)
BRILINTA 60 mg tab	3		
cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab	2	PLETAL	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	PLAVIX	
prasugrel hcl 10 mg tab, 5 mg tab	4	EFFIENT	QL(30 / 30)
ticagrelor 90 mg tab	2		
AGENTES CARDIOVASCULARES			
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
clonidine 0.1 mg/24hr tdkw patch, 0.2 mg/24hr tdkw patch	4	CATAPRES-TTS	QL(4 / 28)
clonidine 0.3 mg/24hr tdkw patch	4	CATAPRES-TTS	QL(8 / 28)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
Antagonistas del Receptor de Angiotensina II			
<i>azilsartan medoxomil 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2		
<i>candesartan cilexetil 16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	4	ATACAND	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
MULTAQ 400 mg tab	3		
<i>pacerone 200 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab</i>	2	ZIAC	
<i>EDARBYCLOR 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab</i>	3		
<i>enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab</i>	6	VASERETIC	
<i>HYZAAR 50-12.5 mg tab</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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		
FILSPARI 200 mg tab	5		PA, QL(30 / 30)
FILSPARI 400 mg tab	5		PA, QL(60 / 30)
<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	
<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>torsemide 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	INSPIRA	
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	ALDACTONE	
Diuréticos, Tiazidas			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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 Fólico			
<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			
<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)
<i>JUXTAPID 10 mg cap, 30 mg cap</i>	5		PA, QL(30 / 30)
<i>JUXTAPID 5 mg cap</i>	5		PA, QL(45 / 30)
<i>JUXTAPID 20 mg cap</i>	5		PA, QL(90 / 30)
<i>LEQVIO 284 mg/1.5ml sc soln pfs</i>	1		PA, QL(1.5 / 90)
<i>NEXLETOL 180 mg tab</i>	3		PA, QL(30 / 30)
<i>NEXLIZET 180-10 mg tab</i>	3		PA, QL(30 / 30)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	2	NIASPAN	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
Agentes para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)			
RADICAVA ORS STARTER KIT 105 mg/5ml susp	5		PA
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)
<i>amphetamine-dextroamphet er 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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)
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 (10 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>cladribine (4 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>cladribine (5 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>cladribine (6 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>cladribine (7 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>cladribine (8 tabs) 10 mg tab pack</i>	5		PA
<i>cladribine (9 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)
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 12 x 0.25 mg tab pack, 7 x 0.25 mg tab pack	4		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			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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 acetonide 0.1 % m/t paste</i>	2	KENALOG IN ORABASE	
AGENTES DERMATOLÓGICOS			
Agentes para Dermatitis y Prurito			
EUCRISA 2 % Topical Ointment	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 % Topical Cream</i>	4	DIFFERIN	
ALTRENO 0.05 % Topical Lotion	4		PA
<i>ammonium lactate 12 % Topical Cream, 12 % Topical Lotion</i>	2	LAC-HYDRIN	
<i>calcipotriene 0.005 % Topical Cream</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)
DUPIXENT 300 mg/2ml sc soln auto-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	5		PA, QL(8 / 28)
EBGLYSS 250 mg/2ml sc soln auto-inj, 250 mg/2ml sc soln pfs	5		PA
<i>fluorouracil 0.5 % Topical Cream</i>	5	CARAC	
<i>fluorouracil 2 % Topical Solution, 5 % Topical Solution</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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 mg tab pack	5		PA
<i>pimecrolimus 1 % Topical Cream</i>	4	ELIDEL	QL(100 / 30)
<i>podofilox 0.5 % Topical Solution</i>	2	CONDYLOX	
SANTYL 250 unit/gm Topical Ointment	4		QL(180 / 30)
<i>selenium sulfide 2.5 % Topical Lotion</i>	2	SELSUN	
STEQEYMA 45 mg/0.5ml sc soln pfs, 90 mg/ml sc soln pfs	3		PA, QL(1 / 28)
<i>tacrolimus 0.03 % Topical Ointment, 0.1 % Topical Ointment</i>	4	PROTOPIC	QL(100 / 30)
<i>tazarotene 0.05 % Topical Cream</i>	4		
<i>tazarotene 0.1 % Topical Cream</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 % Topical Gel</i>	4	ATRALIN	PA
<i>tretinoin 0.01 % Topical Gel, 0.025 % Topical Cream, 0.025 % Topical Gel, 0.05 % Topical Cream, 0.1 % Topical Cream</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)
<i>zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	2	ABSORICA	
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>calcipotriene 0.005 % Topical Solution</i>	4	DOVONEX	QL(120 / 30)
<i>diclofenac sodium 3 % Topical Gel</i>	4	SOLARAZE	PA, QL(100 / 28)
<i>fluorouracil 5 % Topical Cream</i>	2	EFUDEX	
<i>imiquimod 5 % Topical Cream</i>	2	ALDARA	QL(24 / 30)
Pediculicidas/Escabicidas			
<i>malathion 0.5 % Topical Lotion</i>	4	OVIDE	
<i>permethrin 5 % Topical Cream</i>	2	ELIMITE	
Anti-infecciosos tópicos			
ZELSUVMI 10.3 % Topical Gel	5		PA, QL(93 / 82)
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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 7.4 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	UROCIT-K	
REVCovi 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)
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(*)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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		
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
FERRIPROX 100 mg/ml soln	5		PA
LOKELMA 5 gm pckt	3		QL(30 / 30)
LOKELMA 10 gm pckt	3		QL(34 / 30)
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml Multiple Routes Suspension	2		
sodium polystyrene sulfonate oral pwdr	2	KAYEXALATE	
sps (sodium polystyrene sulf) 15 gm/60ml Multiple Routes Suspension	2		
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	5		PA, QL(56 / 28)
tolvaptan 15 mg tab	5	JYNARQUE	PA, QL(120 / 30)
tolvaptan 30 mg tab	5	SAMSCA	PA, QL(120 / 30)
trientine hcl 500 mg cap	5		PA, QL(240 / 30)
trientine hcl 250 mg cap	5	SYPRINE	PA, QL(240 / 30)
Fijadores de Fosfato			
calcium acetate (phos binder) 667 mg tab	2	ELIPHOS	
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	2	PHOSLO	
lanthanum carbonate 1000 mg tab chew, 500 mg tab chew, 750 mg tab chew	2	FOSRENOL	
sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt, 800 mg tab	4	REVELA	
sevelamer hcl 400 mg tab, 800 mg tab	3	RENAGEL	
VELPHORO 500 mg tab chew	3		
AGENTES GASTROINTESTINALES			
Agentes Contra el Estreñimiento			
constulose 10 gm/15ml soln	2	CONSTULOSE	
enulose 10 gm/15ml soln	2	CONSTULOSE	
GAVILYTE-C 240 gm soln	2		
gavilyte-g 236 gm soln	2	GOLYTELY	
generlac 10 gm/15ml soln	2	CONSTULOSE	
lactulose 10 gm/15ml soln	2	CONSTULOSE	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm soln	2	NULYTELY	
peg-3350/electrolytes 236 gm soln	2	GOLYTELY	
Agentes Antidiarreicos			
alose tron hcl 0.5 mg tab	3	LOTRONEX	
alose tron hcl 1 mg tab	5	LOTRONEX	
XERMELO 250 mg tab	5		PA, QL(90 / 30)
Antiespasmódicos, Gastrointestinales			
dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab	2	BENTYL	PAHRM,HR
dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln	4	BENTYL	PAHRM,HR

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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>amoxicill-clarithro-lansopraz 500 & 500 & 30 mg pack</i>	2		
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	2		
<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	
MOVANTIK 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
TALICIA 250-12.5-10 mg cap dr	4		
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	2	ACTIGALL	
<i>ursodiol 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	URSO	
VELSIPITY 2 mg tab	5		PA
VOWST cap	5		PA
WEGOVY 0.25 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 0.5 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 1 mg/0.5ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(2 / 28)
WEGOVY 1.7 mg/0.75ml sc soln auto-inj, 2.4 mg/0.75ml sc soln auto-inj	3		PA, QL(3 / 28)
WEGOVY 1.5 mg tab, 25 mg tab, 4 mg tab, 9 mg tab	3		PA, QL(30 / 30)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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
<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(14 / 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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			
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>trospium 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 % Topical Cream</i>	1	ALA-CORT	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Ointment</i>	2	ACLOVATE	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Ointment</i>	2	DIPROSONE	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % Topical Lotion</i>	2	DIPROSONE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Gel, 0.05 % Topical Ointment</i>	2	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % Topical Lotion</i>	3	DIPROLENE	
<i>betamethasone valerate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment</i>	2	BETA-VAL	
<i>betamethasone valerate 0.1 % Topical Lotion</i>	2	BETA-VAL	
<i>budesonide 2 mg rect foam</i>	1		
<i>clobetasol propionate 0.05 % Topical Solution</i>	2	TEMOVATE	
<i>clobetasol propionate 0.05 % Topical Cream</i>	2	TEMOVATE-E	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % Topical Cream</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 % Topical Cream</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 % Topical Cream, 0.025 % Topical Cream, 0.025 % Topical Ointment</i>	2	SYNALAR	
<i>fluocinonide 0.05 % Topical Cream</i>	2	LIDEX	
<i>fluocinonide 0.05 % Topical Solution</i>	2	LIDEX	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % Topical Cream</i>	4	LIDEX-E	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>fluticasone propionate 0.005 % Topical Ointment, 0.05 % Topical Cream</i>	2	CUTIVATE	
<i>halobetasol propionate 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Ointment</i>	2	ULTRAVATE	
<i>hydrocortisone 2 % Topical Lotion</i>	2		
<i>hydrocortisone 1 % Topical Cream</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 % Topical Ointment, 2.5 % Topical Ointment</i>	1	HYTONE	
<i>hydrocortisone 2.5 % Topical Lotion</i>	2	HYTONE	
<i>hydrocortisone (perianal) 2.5 % Topical Cream</i>	1	ANUSOL HC	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment</i>	2	LOCOID	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % Topical Lotion, 0.1 % Topical Solution</i>	2	LOCOID	
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % Topical Cream, 0.2 % Topical Ointment</i>	2	WESTCORT	
<i>mometasone furoate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment</i>	2	ELOCON	
<i>mometasone furoate 0.1 % Topical Solution</i>	2	ELOCON	
<i>prednisolone 5 mg tab</i>	2	MILLIPRED	PA(*)
<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 % Topical Cream</i>	2	ANUSOL HC	
<i>proctosol hc 2.5 % Topical Cream</i>	2	ANUSOL HC	
<i>proctozone-hc 2.5 % Topical Cream</i>	2	ANUSOL HC	
<i>SOLU-CORTEF 100 mg inj soln</i>	4		
<i>triamcinolone acetanide 0.025 % Topical Ointment</i>	1	KENALOG	
<i>triamcinolone acetanide 0.1 % Topical Ointment, 0.5 % Topical Ointment</i>	2	KENALOG	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % Topical Lotion, 0.1 % Topical Lotion</i>	2	KENALOG	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % Topical Cream, 0.1 % Topical Cream, 0.5 % Topical Cream</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	
EGRIFTA SV 2 mg sc soln	5		PA, QL(30 / 30)
EGRIFTA WR 11.6 mg sc kit	5		PA, QL(1 / 28)
INCRELEX 40 mg/4ml sc soln	5		
NORDITROPIN FLEXPOR 10 mg/1.5ml sc soln pen-inj, 15 mg/1.5ml sc soln pen-inj, 5 mg/1.5ml sc soln pen-inj	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)
<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)
<i>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</i>	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</i>	2	CLIMARA	QL(4 / 28), HR

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>patch, 0.075 mg/24hr tdkw patch, 0.1 mg/24hr tdkw patch</i>			
<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 tdkw patch, 0.0375 mg/24hr tdkw patch, 0.05 mg/24hr tdkw patch, 0.075 mg/24hr tdkw patch, 0.1 mg/24hr tdkw 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		
<i>FEMRING 0.05 mg/24hr vag ring, 0.1 mg/24hr vag ring</i>	4		QL(1 / 84)
<i>lyllana 0.025 mg/24hr tdkw patch, 0.0375 mg/24hr tdkw patch, 0.05 mg/24hr tdkw patch, 0.075 mg/24hr tdkw patch, 0.1 mg/24hr tdkw patch</i>	2	VIVELLE-DOT	QL(8 / 28)
<i>PREMARIN 0.625 mg/gm vag crm</i>	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)
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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 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		
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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>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 tdkw patch</i>	2		QL(3 / 28)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
PREMPHASE 0.625-5 mg tab	3		HR
PREMPRO 0.3-1.5 mg tab, 0.45-1.5 mg tab, 0.625-2.5 mg tab, 0.625-5 mg tab	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-lynyah 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	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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	
VALTYA 1/50 1-50 mg-mcg tab	2		
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
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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	
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		
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 50 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>	3	SANDOSTATIN	
ORGOVYX 120 mg tab	5		PANSO
ORLISSA 150 mg tab	5		PA, QL(28 / 28)
ORLISSA 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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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 pfs	5		PA, QL(4 / 28)
Inmunosupresores			
<i>adalimumab-aaty (1 pen) 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit</i>	3		PA, QL(6 / 28)
<i>adalimumab-aaty (2 pen) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit</i>	3		PA, QL(6 / 28)
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) 20 mg/0.2ml sc pfs kit</i>	3		PA, QL(2 / 28)
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) 40 mg/0.4ml sc pfs kit</i>	3		PA, QL(6 / 28)
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit</i>	3		PA, QL(3 / 28)
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ENVARUS 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-CD/UC/HS STARTER 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA
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)
<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(*)
<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	3		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
sc soln auto-inj, 7.5 mg/0.15ml sc soln auto-inj			
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(*)
<i>tacrolimus er 0.5 mg cap er 24 hr, 1 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr</i>	4		PANSO
<i>tofacitinib citrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	2		PA, QL(60 / 30)
<i>tofacitinib citrate 1 mg/ml soln</i>	5		PA, QL(300 / 30)
<i>tofacitinib citrate er 11 mg tab er 24 hr</i>	2		PA, QL(30 / 30)
<i>tofacitinib citrate er 22 mg tab er 24 hr</i>	5		PA, QL(30 / 30)
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)
YUFLYMA (1 PEN) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit, 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(6 / 28)
YUFLYMA (2 SYRINGE) 40 mg/0.4ml sc pfs kit	5		PA, QL(6 / 28)
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(3 / 28)
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(*)
GAMMAGARD 1 gm/10ml inj soln, 20 gm/200ml inj soln, 30 gm/300ml inj soln	1		PA(*)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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	4		PA(*)
OCTAGAM 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			
ENTYVIO PEN 108 mg/0.68ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(1.36 / 28)
KINERET 100 mg/0.67ml sc soln pfs	5		PA
NEMLUVIO 30 mg Subcutaneous Auto-injector	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, QL(3.6 / 28)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 mg/ml Subcutaneous Auto-injector Kit	5		PA, QL(2 / 28)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 mg/ml sc pfs kit	5		PA, QL(2 / 28)
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		
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		
DENGVAIXA sc susp	3		
ENGRIX-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		
PEDVAXHIB 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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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		
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		
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 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		
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 18 mg tab</i>	5		PA, QL(30 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>kymbee 30 mg tab, 36 mg tab, 6 mg tab</i>	5		PA, QL(60 / 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	
TARPEYO 4 mg cap dr	5		PA, QL(120 / 30)
<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			
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
COMBIGAN 0.2-0.5 % ophth soln	3		
dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % ophth soln	2	COSOPT	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % ophth susp	2		
neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ophth oint	2	NEOSPORIN	
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5-10000-0.1 ophth oint	2	MAXITROL	
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5-10000-0.1 ophth susp	2	MAXITROL	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75-10000-.025 ophth soln	2	NEOSPORIN	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 ophth susp	4	CORTISPORIN	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln	1	POLYTRIM	
SIMBRINZA 1-0.2 % ophth susp	3		
sulfacetamide-prednisolone 10-0.23 % ophth soln	2	VASOCIDIN	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % ophth susp	2	TOBRADEX	
ZYLET 0.5-0.3 % ophth susp	3		
Agentes Oftálmicos, Otros			
atropine sulfate 1 % ophth soln	4	ISOPTO ATROPINE	
cyclopentolate hcl 1 % ophth soln	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			
azelastine hcl 0.05 % ophth soln	2	OPTIVAR	
cromolyn sodium 4 % ophth soln	2	OPTICROM	
epinastine hcl 0.05 % ophth soln	2	ELESTAT	
Antiinflamatorios Oftálmicos			
bromfenac sodium 0.075 % ophth soln	2		
bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % ophth soln	2	BROMDAY	
BROMSITE 0.075 % ophth soln	3		
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % ophth soln	2	MAXIDEX	
diclofenac sodium 0.1 % ophth soln	2	VOLTAREN	
difluprednate 0.05 % ophth emul	3	DUREZOL	
EYSUVIS 0.25 % ophth susp	3		QL(8.3 / 14)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	4	FML	
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % ophth soln</i>	2	OCUFEN	
<i>ILEVRO 0.3 % ophth susp</i>	3		
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	2	ACULAR	QL(10 / 25)
<i>LOTEMAX 0.5 % ophth oint</i>	3		
<i>LOTEMAX SM 0.38 % ophth gel</i>	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		
<i>PROLENSA 0.07 % ophth soln</i>	3		
<i>XIIDRA 5 % ophth soln</i>	3		QL(60 / 30)
Agentes Oftálmicos Antiglaucoma			
<i>ALPHAGAN P 0.1 % ophth soln</i>	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	
<i>RHOPRESSA 0.02 % ophth soln</i>	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			
<i>ROCKLATAN 0.02-0.005 % ophth soln</i>	3		QL(2.5 / 25), ST
Análogos Oftálmicos de Prostaglandinas y Prostamidas			
<i>bimatoprost 0.01 % ophth soln</i>	2		QL(7.5 / 75)
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	XALATAN	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			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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)
budesonide 1 mg/2ml inh susp	3	PULMICORT	PA(*), QL(60 / 30)
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp	3	PULMICORT	PA(*), QL(120 / 30)
flunisolide 25 MCG/ACT (0.025%) nasal soln	2	NASALIDE	QL(50 / 25)
fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp	1	FLONASE	QL(16 / 30)
mometasone furoate 50 mcg/act nasal susp	4	NASONEX	QL(34 / 30)
XHANCE 93 mcg/act Nasal Exhaler Suspension	3		QL(32 / 30), ST
Antihistamínicos			
azelastine hcl 0.1 % nasal soln	2	ASTELIN	QL(30 / 25)
cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syr	2	PERIACTIN	PAHRM,HR
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	1	XYZAL	
Antileucotrienos			
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew	1	SINGULAIR	
zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab	4	ACCOLATE	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ipratropium bromide 0.06 % nasal soln	2	ATROVENT	QL(15 / 10)
ipratropium bromide 0.03 % nasal soln	2	ATROVENT	QL(30 / 28)
ipratropium bromide 0.02 % inh soln	2	ATROVENT	PA(*), QL(312.5 / 30)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act inh aer soln	4		QL(25.8 / 28)
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			
albuterol sulfate 0.63 mg/3ml inh neb soln, 1.25 mg/3ml inh neb soln	2	ACCUNEB	PA(*), QL(360 / 30)
albuterol sulfate 2 mg/5ml syr	2	PROVENTIL	
albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml inh neb soln	2	PROVENTIL	PA(*), QL(120 / 30)
albuterol sulfate (2.5 MG/3ML) 0.083% inh neb soln	2	PROVENTIL	PA(*), QL(360 / 30)
albuterol sulfate hfa 108 (90 Base) mcg/act inh aer soln	2	PROAIR HFA	QL(13.4 / 30)
albuterol sulfate hfa 108 (90 Base) mcg/act inh aer soln	2	PROAIR HFA	QL(17 / 30)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
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>	1	LETAIRIS	PA, QL(30 / 30)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	1		PA, QL(112 / 28)
<i>macitentan 10 mg tab</i>	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)
YUTREPIA 106 mcg inh cap, 26.5 mcg inh cap, 53 mcg inh cap, 79.5 mcg inh cap	5		PA
Agentes para la Fibrosis Pulmonar			
<i>nintedanib esylate 100 mg cap, 150 mg cap</i>	5		PA, QL(60 / 30)
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 160-18-4.8 mcg/act inh aer, 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
FASENRA PEN 30 mg/ml sc soln auto-inj	5		PA, QL(1 / 28)
<i>fluticasone furoate-vilanterol 100-25 mcg/act inh aer pwr br act, 200-25 mcg/act inh aer pwr br act</i>	3		QL(60 / 30)
<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 pwr br act, 250-50 mcg/act inh aer pwr br act, 500-50 mcg/act inh aer pwr 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 pwr br act, 200-62.5-25 mcg/act inh aer pwr br act	3		QL(60 / 30)
<i>wixela inhub 100-50 mcg/act inh aer pwr br act, 250-50 mcg/act inh aer pwr br act, 500-50 mcg/act inh aer pwr br act</i>	2	ADVAIR DISKUS	QL(60 / 30)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Nombre de Referencia	Requisitos/Límites ¹
<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			
HETLIOZ LQ 4 mg/ml susp	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)
XYREM 500 mg/ml soln	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			
BELSOMRA 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab	3		QL(30 / 30)
Agentes Promotores de la Vigilia			
SUNOSI 150 mg tab, 75 mg tab	4		PA, QL(30 / 30)

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

Índice

A

<i>abacavir sulfate</i>	47	<i>alosetron hcl</i>	69
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	47	ALPHAGAN P	90
ABILIFY ASIMTUFII	27	<i>alprazolam</i>	49
ABILIFY MAINTENA	27	<i>altavera</i>	77
<i>abiraterone acetate</i>	33	ALTRENO	65
<i>abirtega</i>	33	ALUNBRIG.....	36
ABRYSVO.....	86	<i>alyacen 1/35</i>	77
<i>acamprosate calcium</i>	16	<i>alyacen 7/7/7</i>	77
<i>acarbose</i>	50	<i>alyq</i>	93
<i>accutane</i>	65	<i>amabelz</i>	77
<i>acebutolol hcl</i>	57	<i>amantadine hcl</i>	41
<i>acetaminophen-codeine</i>	14	AMBISOME	30
<i>acetazolamide</i>	60	<i>ambrisentan</i>	93
<i>acetazolamide er</i>	60	<i>amethia</i>	76
<i>acetic acid</i>	18	<i>amikacin sulfate</i>	17
<i>acetylcysteine</i>	93	<i>amiloride hcl</i>	60
<i>acitretin</i>	65	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	59
ACTHAR	72	<i>amiodarone hcl</i>	57
ACTHAR GEL	72	<i>amitriptyline hcl</i>	29
ACTHIB.....	86	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	59
ACTIMMUNE	85	<i>amlodipine besylate</i>	58
<i>acyclovir</i>	49	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	59
<i>acyclovir sodium</i>	49	<i>ammonium lactate</i>	65
ADACEL.....	86	<i>amoxapine</i>	29
<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i>	82	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	70
<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i>	82	<i>amoxicillin</i>	20
<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i>	82	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	20
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs start</i>	82	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	62
<i>adapalene</i>	65	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	62
<i>adefovir dipivoxil</i>	46	<i>amphotericin b</i>	30
ADEMPAS	93	<i>amphotericin b liposome</i>	30
<i>afirmelle</i>	77	<i>ampicillin</i>	20
AIMOVIG.....	32	<i>ampicillin sodium</i>	20
AKEEGA	34	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	18
AKYNZEO.....	30	<i>anagrelide hcl</i>	54
<i>ala-cort</i>	72	<i>anastrozole</i>	36
<i>albendazole</i>	41	ANORO ELLIPTA.....	93
<i>albuterol sulfate</i>	91	<i>apomorphine hcl</i>	41
<i>albuterol sulfate hfa</i>	91, 92	<i>apraclonidine hcl</i>	90
<i>alclometasone dipropionate</i>	73	<i>aprepitant</i>	30
<i>alcohol preps</i>	18	<i>apri</i>	77
ALECENSA.....	36	APTIVUS	48
<i>alendronate sodium</i>	88	ARANELLE	77
<i>alfuzosin hcl er</i>	72	ARCALYST	85
<i>aliskiren fumarate</i>	60	AREXVY.....	86
<i>allopurinol</i>	31	ARIKAYCE	93
		<i>aripiprazole</i>	27
		ARISTADA	27

ARISTADA INITIO	27	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	52
<i>armodafinil</i>	63	BD PEN MINI	52
ARNUIITY ELLIPTA	91	BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	52
<i>asenapine maleate</i>	43	BELSOMRA	95
<i>ashlyna</i>	76	<i>benazepril hcl</i>	56
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	55	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	59
<i>atazanavir sulfate</i>	48	BENLYSTA	85
<i>atenolol</i>	57	<i>benztropine mesylate</i>	41
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	59	BESREMI	34
<i>atomoxetine hcl</i>	63	<i>betaine</i>	71
<i>atorvastatin calcium</i>	61	<i>betamethasone dipropionate</i>	73
<i>atovaquone</i>	41	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	73
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	41	<i>betamethasone valerate</i>	73
<i>atropine sulfate</i>	89	BETASERON	64
<i>aubra eq</i>	77	<i>betaxolol hcl</i>	57
AUGTYRO	36	<i>bethanechol chloride</i>	72
<i>aurovela 1.5/30</i>	77	<i>bexarotene</i>	40
<i>aurovela 1/20</i>	77	BEXSERO	84
<i>aurovela 24 fe</i>	77	<i>bicalutamide</i>	33
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	77	BICILLIN L-A	21
<i>aurovela fe 1/20</i>	77	BIDIL	60
AUSTEDO	63	BIKTARVY	46
AUSTEDO XR	63	<i>bimatoprost</i>	90
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	63	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	70
AUVELITY	27	<i>bisoprolol fumarate</i>	57
AVASTIN	36	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	59
AVERI	77	BIZENGRI (750 MG DOSE)	40
<i>aviane</i>	77	<i>blisovi 24 fe</i>	77
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	34	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	77
AVONEX PEN	64	<i>blisovi fe 1/20</i>	77
AVONEX PREFILLED	64	BOOSTRIX	86
AXTLE	34	<i>bosentan</i>	93
<i>ayuna</i>	77	BOSULIF	36
AYVAKIT	36	<i>bosutinib</i>	36
<i>azathioprine</i>	82	BRAFTOVI	36
<i>azelastine hcl</i>	89, 91	BREO ELLIPTA	93
<i>azilsartan medoxomil</i>	56	<i>breyna</i>	93
<i>azithromycin</i>	21	BREZTRI AEROSPHERE	93
<i>aztreonam</i>	20	<i>briellyn</i>	77
<i>azurette</i>	76	BRILINTA	55
B		<i>brimonidine tartrate</i>	90
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	88	<i>brinzolamide</i>	90
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	88	<i>brivaracetam</i>	22
<i>baclofen</i>	45	<i>bromfenac sodium</i>	89
<i>balsalazide disodium</i>	87	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	89
BALVERSA	36	<i>bromocriptine mesylate</i>	42
<i>balziva</i>	77	BROMSITE	89
BAXDELA	21	BRONCHITOL TOLERANCE TEST	92
<i>bcg vaccine</i>	86	BRUKINSA	36
BD INSULIN SYRINGE	52	<i>budesonide</i>	73, 87, 91

<i>bumetanide</i>	60
<i>buprenorphine hcl</i>	17
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	17
<i>bupropion hcl</i>	17
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	17
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	17
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	17
<i>buspirone hcl</i>	49
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	14
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	14

C

CABENUVA	47
<i>cabergoline</i>	81
CABLIVI	53
CABOMETYX	36
<i>calcipotriene</i>	65, 66
<i>calcitonin (salmon)</i>	88
<i>calcitriol</i>	88
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	69
CALQUENCE	36
<i>camila</i>	80
<i>camrese</i>	76
<i>candesartan cilexetil</i>	56
CAPLYTA	43
CAPRELSA	36
<i>captopril</i>	56
<i>carbamazepine</i>	25
<i>carbamazepine er</i>	25
<i>carbidopa-levodopa</i>	42
<i>carbidopa-levodopa er</i>	42
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	42
<i>carglumic acid</i>	66
<i>carteolol hcl</i>	90
<i>cartia xt</i>	58
<i>carvedilol</i>	57
<i>caspofungin acetate</i>	30
CAYSTON	92
<i>cefaclor</i>	19
<i>cefadroxil</i>	19
<i>cefazolin sodium</i>	19
<i>cefdinir</i>	19
<i>cefepime hcl</i>	19
<i>cefixime</i>	19
<i>cefoxitin sodium</i>	19
<i>cefpodoxime proxetil</i>	19
<i>cefprozil</i>	20
<i>ceftaroline fosamil</i>	20
<i>ceftazidime</i>	20
<i>ceftriaxone sodium</i>	20
<i>cefuroxime axetil</i>	20

<i>cefuroxime sodium</i>	20
<i>celecoxib</i>	14
CELONTIN	23
<i>cephalexin</i>	20
CERDELGA	71
<i>chateal eq</i>	77
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	49
<i>chlorhexidine gluconate</i>	65
<i>chloroquine phosphate</i>	41
<i>chlorpromazine hcl</i>	29
<i>chlorthalidone</i>	61
<i>chlorzoxazone</i>	45
<i>cholestyramine</i>	61
<i>cholestyramine light</i>	61
<i>ciclopirox</i>	30
<i>ciclopirox olamine</i>	30
<i>cilostazol</i>	55
CIMDUO	47
<i>cimetidine hcl</i>	70
<i>cinacalcet hcl</i>	88
CINRYZE	82
<i>ciprofloxacin hcl</i>	21
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	21
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	90
<i>citalopram hydrobromide</i>	28
<i>cladribine (10 tabs)</i>	64
<i>cladribine (4 tabs)</i>	64
<i>cladribine (5 tabs)</i>	64
<i>cladribine (6 tabs)</i>	64
<i>cladribine (7 tabs)</i>	64
<i>cladribine (8 tabs)</i>	64
<i>cladribine (9 tabs)</i>	64
<i>clarithromycin</i>	21
CLENPIQ	67
<i>clindamycin hcl</i>	18
<i>clindamycin phosphate</i>	18
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	18
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	67
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	67
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	67
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	67
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	68
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	68
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	68
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	68
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	68
<i>clobazam</i>	23
<i>clobetasol propionate</i>	73
<i>clobetasol propionate e</i>	73
<i>clomipramine hcl</i>	29

<i>clonazepam</i>	23	<i>dapaglifloz base-metformin er</i>	51
<i>clonidine</i>	55	<i>dapagliflozin</i>	50
<i>clonidine hcl</i>	56	<i>dapsone</i>	33
<i>clopidogrel bisulfate</i>	55	DAPTACEL	86
<i>clorazepate dipotassium</i>	49	<i>daptomycin</i>	18
<i>clotrimazole</i>	31	<i>daptomycin-sodium chloride</i>	18
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	31	<i>darunavir</i>	48
<i>clozapine</i>	45	DARZALEX	40
COARTEM	41	DARZALEX FASPRO.....	34
COBENFY.....	43	<i>dasatinib</i>	36
COBENFY STARTER PACK	43	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	77
<i>codeine sulfate</i>	15	<i>dasetta 7/7/7</i>	77
<i>colchicine</i>	32	DATROWAY	40
<i>colchicine-probenecid</i>	32	DAURISMO	36
<i>colesevelam hcl</i>	50	<i>daysee</i>	76
<i>colestipol hcl</i>	61	<i>deblitane</i>	80
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	18	<i>deferasirox</i>	68
COMBIGAN	89	<i>deferasirox granules</i>	68
COMBIVENT RESPIMAT	93	<i>deferiprone</i>	68
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	36	<i>deflazacort</i>	87
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	36	DELSTRIGO	48
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	36	DENGVAIXA	86
<i>compro</i>	30	<i>denta 5000 plus</i>	68
<i>constulose</i>	69	<i>dentagel</i>	68
COPIKTRA.....	36	DEPO-SUBQ PROVERA 104	80
CORTROPHIN.....	73	DESCOVY.....	47
CORTROPHIN GEL.....	73	<i>desipramine hcl</i>	29
COSENTYX	65	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	75
COSENTYX (300 MG DOSE)	65	<i>desmopressin acetate</i>	75
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	65	<i>desoximetasone</i>	73
COSENTYX UNOREADY	65	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	28
COTELLIC	36	<i>dexamethasone</i>	73
CREON	71	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	73, 89
CRESEMBA.....	31	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	63
<i>cromolyn sodium</i>	70, 89, 92	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	62, 63
<i>cryselle</i>	77	<i>dextrose</i>	68
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	94	<i>dextrose-nacl</i>	68
<i>cyclopentolate hcl</i>	89	<i>dextrose-sodium chloride</i>	68
<i>cyclophosphamide</i>	33	DIACOMIT	23
<i>cyclosporine</i>	82	<i>diazepam</i>	23, 24
<i>cyclosporine modified</i>	82	<i>diazepam intensol</i>	24
<i>cyproheptadine hcl</i>	91	<i>diazoxide</i>	51
<i>cyred eq</i>	77	<i>dichlorphenamide</i>	60
CYSTARAN	89	<i>diclofenac epolamine</i>	14
D		<i>diclofenac potassium</i>	14
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	53	<i>diclofenac sodium</i>	14, 66, 89
<i>dalfampridine er</i>	64	<i>diclofenac sodium er</i>	14
<i>danazol</i>	75	<i>dicloxacillin sodium</i>	21
<i>dantrolene sodium</i>	45	<i>dicyclomine hcl</i>	69
DANZITEN	36	DIFICID	21

<i>difluprednate</i>	89	ELEPSIA XR	23
<i>digoxin</i>	60	ELIGARD	81
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	32	<i>elinest</i>	77
DILANTIN	25	ELIQUIS	53, 54
<i>diltiazem hcl</i>	58	ELIQUIS (1.5 MG PACK)	54
<i>diltiazem hcl er</i>	58	ELIQUIS (2 MG PACK)	54
<i>diltiazem hcl er beads</i>	58	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	54
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	58	ELMIRON	72
<i>dilt-xr</i>	58	<i>eltrombopag olamine</i>	55
<i>dimethyl fumarate</i>	64	<i>eluryng</i>	77
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	64	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	52
DIPENTUM	87	EMBLAVEO	20
<i>diphenhydramine hcl</i>	30	EMCYT	34
<i>diphenoxylate-atropine</i>	70	EMEND	30
<i>dipyridamole</i>	53	EMGALITY	32
<i>disopyramide phosphate</i>	57	EMGALITY (300 MG DOSE)	32
<i>disulfiram</i>	16	EMRELIS	40
<i>divalproex sodium</i>	24	EMSAM	28
<i>divalproex sodium er</i>	24	<i>emtricitabine</i>	47
<i>dofetilide</i>	57	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	47
<i>donepezil hcl</i>	26	<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	47
DOPTELET	54	EMTRIVA	47
DOPTELET SPRINKLE	55	<i>enalapril maleate</i>	56
<i>dorzolamide hcl</i>	90	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	59
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	89	ENBREL	82
<i>dotti</i>	75	ENBREL MINI	82
DOVATO	47	ENBREL SURECLICK	82
<i>doxazosin mesylate</i>	56	ENDARI	34
<i>doxepin hcl</i>	29	ENGERIX-B	86
<i>doxycycline hyclate</i>	22	<i>enilloring</i>	77
<i>doxycycline monohydrate</i>	22	<i>enoxaparin sodium</i>	54
DRIZALMA SPRINKLE	28	ENSACOVE	36
<i>dronabinol</i>	30	<i>enskyce</i>	77
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	77	<i>entacapone</i>	41
DROXIA	34	<i>entecavir</i>	46
<i>droxidopa</i>	56	ENTRESTO	60
DUAVEE	81	ENTYVIO PEN	85
<i>duloxetine hcl</i>	28	<i>enulose</i>	69
DUPIXENT	65	ENVARSUS XR	83
<i>dutasteride</i>	72	EPIDIOLEX	23
E		<i>epinastine hcl</i>	89
EBGLYSS	65	<i>epinephrine</i>	92
<i>econazole nitrate</i>	31	<i>eplerenone</i>	60
EDARBYCLOR	59	EPRONTIA	24
EDURANT PED	46	<i>ergoloid mesylates</i>	42
<i>efavirenz</i>	46	<i>ergotamine-caffeine</i>	32
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	46	ERIVEDGE	36
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	46, 47	ERLEADA	33
EGRIFTA SV	75	<i>erlotinib hcl</i>	36, 37
EGRIFTA WR	75	<i>errin</i>	80

<i>ertapenem sodium</i>	20
<i>ery</i>	21
<i>erythromycin</i>	21
<i>erythromycin base</i>	21
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	21
ERZOFRI	43
<i>escitalopram oxalate</i>	28
<i>eslicarbazepine acetate</i>	25
<i>esomeprazole magnesium</i>	70, 71
<i>estarylla</i>	77
<i>estradiol</i>	75, 76
<i>estradiol valerate</i>	76
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	77
<i>estrogens conjugated</i>	76
<i>eszopiclone</i>	94
<i>ethambutol hcl</i>	33
<i>ethosuximide</i>	23
<i>etodolac</i>	15
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	77
<i>etravirine</i>	47
EUCRISA	65
EULEXIN	33
EVENITY	88
<i>everolimus</i>	37, 83
EVOTAZ	48
EVRYSDI	71
<i>exemestane</i>	36
EXKIVITY	37
EXTENCILLINE	21
EXXUA	28
EXXUA TITRATION PACK	28
EYSUVIS	89
<i>ezetimibe</i>	61
F	
<i>falmina</i>	77
<i>famciclovir</i>	49
<i>famotidine</i>	70
FANAPT	43
FANAPT TITRATION PACK A	43
FANAPT TITRATION PACK B	43
FANAPT TITRATION PACK C	43
FARXIGA	50
FASENRA	93
FASENRA PEN	94
<i>febuxostat</i>	32
<i>felbamate</i>	25
FEMRING	76
<i>fenofibrate</i>	61
<i>fenofibrate micronized</i>	61
<i>fentanyl</i>	15

<i>fentanyl citrate</i>	15
FERRIPROX	69
FETZIMA	28
FETZIMA TITRATION	28
FIASP	52
FIASP FLEXTOUCH	52
FIASP PENFILL	52
<i>fidaxomicin</i>	21
FILSPARI	60
<i>finasteride</i>	72
<i> fingolimod hcl</i>	64
FINTEPLA	23
FIRMAGON	81
FIRMAGON (240 MG DOSE)	81
FLEBOGAMMA DIF	84
<i>flecainide acetate</i>	57
<i>fluconazole</i>	31
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	31
<i>flucytosine</i>	31
<i>fludrocortisone acetate</i>	73
<i>flunisolide</i>	91
<i>fluocinolone acetonide</i>	73
<i>fluocinonide</i>	73
<i>fluocinonide emulsified base</i>	73
<i>fluorometholone</i>	90
<i>fluorouracil</i>	65, 66
<i>fluoxetine hcl</i>	28
<i>fluphenazine decanoate</i>	42
<i>fluphenazine hcl</i>	42
<i>flurazepam hcl</i>	95
<i>flurbiprofen</i>	15
<i>flurbiprofen sodium</i>	90
<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	94
<i>fluticasone propionate</i>	74, 91
<i>fluticasone-salmeterol</i>	94
<i>fluvoxamine maleate</i>	28
<i>fondaparinux sodium</i>	54
FORZINITY	71
<i>fosamprenavir calcium</i>	48
<i>fosfomycin tromethamine</i>	18
<i>fosinopril sodium</i>	56
FOTIVDA	37
FRUZAQLA	34
FULPHILA	55
<i>furosemide</i>	60
FUZEON	47
FYARRO	37
<i>fyavolv</i>	77
G	
<i>gabapentin</i>	24

GALAFOLD.....	72
galantamine hydrobromide.....	26
galantamine hydrobromide er	26
GAMMAGARD.....	84, 85
GAMMAGARD ERC	85
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	85
GAMMAPLEX	85
GAMUNEX-C.....	85
GARDASIL 9.....	86
GATTEX.....	70
gauze pads	52
GAVILYTE-C.....	69
gavilyte-g.....	69
GAVRETO	37
gefitinib	37
gemfibrozil.....	61
GEMTESA	72
generlac	69
gengraf.....	83
gentamicin sulfate	17
GENVOYA.....	46
GILOTRIF	37
GLASSIA.....	71
glatiramer acetate	64
glatopa	64
glimepiride.....	50
glipizide	50
glipizide er.....	50
glipizide-metformin hcl	51
glyburide	50
glyburide-metformin	51
glycerol phenylbutyrate	71
glycopyrrolate.....	70
glydo	16
GLYXAMBI.....	50
GOMEKLI.....	37
GRAFAPEX	33
granisetron hcl	30
griseofulvin microsize.....	31
guanfacine hcl.....	56
guanfacine hcl er.....	63
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	52
GVOKE PFS	52

H

HAEGARDA.....	82
hailey 1.5/30.....	78
hailey 24 fe.....	78
hailey fe 1.5/30.....	78
hailey fe 1/20.....	78
halobetasol propionate.....	74

haloperidol.....	42
haloperidol decanoate	42
haloperidol lactate	43
HAVRIX.....	86
heather	80
heparin sodium (porcine).....	54
HEPLISAV-B	86
HERNEXEOS.....	37
HETLIOZ LQ	95
HIBERIX.....	86
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER	83
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER ..	83
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START ..	83
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER	83
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	52
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	52
hydralazine hcl	62
hydrochlorothiazide	61
hydrocodone-acetaminophen	14
hydrocodone-ibuprofen	14
hydrocortisone.....	74
hydrocortisone (perianal).....	74
hydrocortisone butyrate	74
hydrocortisone valerate	74
hydromorphone hcl.....	15
hydromorphone hcl pf.....	15
hydroxychloroquine sulfate.....	41
hydroxyurea	34
hydroxyzine hcl	49
hydroxyzine pamoate	49
HYRNUO.....	37
HYZAAR.....	59

I

ibandronate sodium.....	88
IBRANCE	37
IBTROZI	37
ibu	15
ibuprofen	15
icatibant acetate	82
iclevia	76
ICLUSIG.....	37
icosapent ethyl	61
IDHIFA	37
IDVYNOS	47
ILEVRO	90
imatinib mesylate	37
IMBRUVICA	37
imipenem-cilastatin.....	18
imipramine hcl	29
imiquimod	66

IMJUDO	40
<i>imkeldi</i>	37
IMOVAX RABIES	86
INBRIJA	41
<i>incassia</i>	80
INCRELEX	75
<i>indapamide</i>	61
<i>indomethacin</i>	15
INFANRIX	86
INGREZZA	63
INLURIYO	34
INLYTA	37
INQOVI	34
INREBIC	37
INTELENCE	47
INTRALIPID	68
INVEGA HAFYERA	43
INVEGA SUSTENNA	43, 44
INVEGA TRINZA	44
IPOLE	86
<i>ipratropium bromide</i>	91
<i>ipratropium bromide hfa</i>	91
<i>ipratropium-albuterol</i>	94
<i>irbesartan</i>	56
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	59
ISENTRESS	46
ISENTRESS HD	46
<i>isibloom</i>	78
ISOLYTE-P IN D5W	68
ISOLYTE-S PH 7.4	66
<i>isoniazid</i>	33
<i>isosorbide dinitrate</i>	62
<i>isosorbide mononitrate er</i>	62
<i>isotretinoin</i>	65
ITOVEBI	37
<i>itraconazole</i>	31
<i>ivabradine hcl</i>	60
<i>ivermectin</i>	41
IWILFIN	34
IXIARO	86

J

<i>jaimiess</i>	76
JAKAFI	37
JAKAFI XR	37
<i>jantoven</i>	54
JANUMET XR	51
JARDIANCE	50
<i>jasmiel</i>	78
JAYPIRCA	37
<i>jencycla</i>	80

JENTADUETO	51
JENTADUETO XR	51
<i>jinteli</i>	78
JUBBONTI	88
<i>juleber</i>	78
JULUCA	48
<i>junel 1.5/30</i>	78
<i>junel 1/20</i>	78
<i>junel fe 1.5/30</i>	78
<i>junel fe 1/20</i>	78
<i>junel fe 24</i>	78
JUXTAPID	61
JYNNEOS	86

K

KALETRA	48
<i>kalliga</i>	78
KALYDECO	92
<i>kariva</i>	76
<i>kelnor 1/35</i>	78
<i>kelnor 1/50</i>	78
KERENDIA	60
KESIMPTA	64
<i>ketoconazole</i>	31
<i>ketorolac tromethamine</i>	15, 90
KEYTRUDA	40
KEYTRUDA QLEX	35
KINERET	85
KINRIX	86
KISQALI (200 MG DOSE)	37
KISQALI (400 MG DOSE)	37
KISQALI (600 MG DOSE)	37
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	35
KISUNLA	26
<i>klor-con m10</i>	66
<i>klor-con m15</i>	66
<i>klor-con m20</i>	66
KLOXXADO	17
KOMZIFTI	37
KOSELUGO	38
<i>kourzeq</i>	65
KRAZATI	38
KRINTAFEL	41
KRYSTEXXA	32
<i>kurvelo</i>	78
<i>kymbee</i>	87, 88
KYPROLIS	38

L

<i>labetalol hcl</i>	57
<i>lacosamide</i>	25, 26

<i>lactulose</i>	69	<i>l-glutamine</i>	34
<i>lamivudine</i>	46, 47	LIBERVANT	24
<i>lamivudine-zidovudine</i>	47	<i>lidocaine</i>	16
<i>lamotrigine</i>	25	<i>lidocaine hcl</i>	16
<i>lanreotide acetate</i>	81	<i>lidocaine hcl (cardiac) pf.</i>	57
<i>lansoprazole</i>	71	<i>lidocaine viscous hcl</i>	16
<i>lanthanum carbonate</i>	69	<i>lidocaine-prilocaine</i>	16
LANTUS.....	52	LIFYORLI (125 MG DOSE)	35
LANTUS SOLOSTAR	52	LIFYORLI (150 MG DOSE)	35
<i>lapatinib ditosylate</i>	38	<i>linezolid</i>	18
<i>larin 1.5/30</i>	78	LINZESS	70
<i>larin 1/20</i>	78	<i>liothyronine sodium</i>	81
<i>larin 24 fe</i>	78	<i>lisinopril</i>	56
<i>larin fe 1.5/30</i>	78	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	59
<i>larin fe 1/20</i>	78	<i>lithium</i>	49
<i>latanoprost</i>	90	<i>lithium carbonate</i>	49
LAZCLUZE.....	38	<i>lithium carbonate er</i>	49, 50
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	46	LIVALO.....	61
<i>leflunomide</i>	85	LIVTENCITY	18
<i>lenalidomide</i>	33	<i>lofexidine hcl</i>	16
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	38	<i>lojaimiess</i>	76
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	38	LOKELMA	69
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	38	<i>lomustine</i>	33
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	38	LONSURF	35
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	38	<i>loperamide hcl</i>	70
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	38	<i>lopinavir-ritonavir</i>	48
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	38	<i>lorazepam</i>	24
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	38	LORBRENA	38
LEQEMBI IQLIK.....	26	<i>loryna</i>	78
LEQVIO.....	61	<i>losartan potassium</i>	56
<i>lessina</i>	78	<i>losartan potassium-hctz</i>	59
<i>letrozole</i>	36	LOTEMAX	90
<i>leucovorin calcium</i>	35	LOTEMAX SM.....	90
LEUKERAN.....	33	<i>loteprednol etabonate</i>	90
LEUKINE.....	55	<i>loteprednol-tobramycin</i>	89
<i>leuprolide acetate</i>	81	<i>lovastatin</i>	61
<i>levetiracetam</i>	23	<i>low-ogestrel</i>	78
<i>levetiracetam er</i>	23	<i>loxapine succinate</i>	43
<i>levobunolol hcl</i>	90	<i>lo-zumandimine</i>	78
<i>levocarnitine</i>	66	<i>lubiprostone</i>	70
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	91	<i>luizza 1.5/30</i>	78
<i>levofloxacin</i>	22	<i>luizza 1/20</i>	78
<i>levofloxacin in d5w</i>	22	LUMAKRAS	38
<i>levonest</i>	78	LUNSUMIO	40
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	76	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	81
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	78	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	81
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	78	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	81
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	78	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	81
<i>levothyroxine sodium</i>	81	<i>lurasidone hcl</i>	44
LEXIVA	48	LYBALVI.....	44

<i>lyleq</i>	80
<i>lyllana</i>	76
LYNPARZA	38
LYSODREN	35
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	38
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	38
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	38
<i>lyza</i>	80

M

<i>macitentan</i>	93
<i>magnesium sulfate</i>	67
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	67
<i>malathion</i>	66
<i>maraviroc</i>	48
<i>marlissa</i>	78
MARPLAN	28
MATULANE	33
MAVYRET	46
MAYZENT	64
MAYZENT STARTER PACK	64
<i>meclizine hcl</i>	30
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	80
<i>mefenamic acid</i>	15
<i>mefloquine hcl</i>	41
<i>megestrol acetate</i>	80
MEKINIST	38
MEKTOVI	38
<i>meloxicam</i>	15
<i>memantine hcl</i>	26, 27
<i>memantine hcl er</i>	27
MENQUADFI	86
MENVEO	86
<i>mercaptapurine</i>	34
<i>meropenem</i>	20
<i>mesalamine</i>	87
<i>mesalamine er</i>	87
<i>mesna</i>	41
MESNEX	41
<i>metformin hcl</i>	50
<i>metformin hcl er</i>	50
<i>methadone hcl</i>	15
<i>methenamine hippurate</i>	18
<i>methimazole</i>	82
<i>methocarbamol</i>	45, 46
<i>methotrexate sodium</i>	83
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	83
<i>methoxsalen rapid</i>	65
<i>methscopolamine bromide</i>	70
<i>methsuximide</i>	23
<i>methylphenidate hcl</i>	63

<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	63
<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	63
<i>methylprednisolone</i>	88
<i>methylprednisolone acetate</i>	88
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	88
<i>metoclopramide hcl</i>	30
<i>metolazone</i>	61
<i>metoprolol succinate er</i>	57
<i>metoprolol tartrate</i>	57
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	59
<i>metronidazole</i>	18, 19
<i>metryrosine</i>	60
<i>mexiletine hcl</i>	57
<i>micafungin sodium</i>	31
<i>miconazole 3</i>	31
<i>microgestin fe 1/20</i>	78
<i>midodrine hcl</i>	56
<i>mifepristone</i>	52
<i>miglustat</i>	71
<i>mili</i>	78
<i>milnacipran hcl</i>	64
<i>mimvey</i>	78
<i>minocycline hcl</i>	22
<i>minoxidil</i>	62
<i>mirtazapine</i>	27
<i>misoprostol</i>	70
MITIGARE	32
M-M-R II	86
<i>modafinil</i>	95
MODEYSO	35
<i>molindone hcl</i>	43
<i>mometasone furoate</i>	74, 91
<i>mondoxylene nl</i>	22
<i>mono-lynyah</i>	78
<i>montelukast sodium</i>	91
<i>morphine sulfate</i>	16
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	16
<i>morphine sulfate er</i>	15
MOTPOLY XR	26
MOUNJARO	50
MOVANTIK	70
<i>moxifloxacin hcl</i>	21, 22
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	22
MRESVIA	86
MULPLETA	55
MULTAQ	57
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	67
<i>mupirocin</i>	19
MVASI	38
<i>mycophenolate mofetil</i>	83

<i>mycophenolate sodium</i>	83
MYRBETRIQ	72
N	
<i>nabumetone</i>	15
<i>nafticillin sodium</i>	21
<i>naloxone hcl</i>	17
<i>naltrexone hcl</i>	17
NAMZARIC	26
<i>naproxen</i>	15
<i>naproxen dr</i>	15
NARCAN	17
NAYZILAM	23
<i>nebivolol hcl</i>	58
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	78
<i>nefazodone hcl</i>	28
NEFFY	92
NEMLUVIO	85
<i>neomycin sulfate</i>	17
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	89
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	89
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	89
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	89, 90
NERLYNX	38
NEULASTA	55
NEUPRO	42
<i>nevirapine</i>	47
<i>nevirapine er</i>	47
NEXLETOL	61
NEXLIZET	61
NEXPLANON	80
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	61, 62
<i>nicardipine hcl</i>	58
NICOTROL NS	17
<i>nifedipine</i>	58
<i>nifedipine er</i>	58
<i>nifedipine er osmotic release</i>	58
<i>nikki</i>	78
NIKTIMVO	33
<i>nilotinib d-tartrate</i>	39
<i>nilotinib hcl</i>	39
<i>nilutamide</i>	33
NINLARO	35
<i>nintedanib esylate</i>	93
<i>nitazoxanide</i>	41
<i>nitisinone</i>	71
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	19
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	19
<i>nitroglycerin</i>	62
NITYR	71
NIVESTYM	55

<i>nizatidine</i>	70
NORDITROPIN FLEXPEN	75
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	78
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	79
<i>norethindrone</i>	80
<i>norethindrone acetate</i>	80
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	79
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	79
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	79
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	79
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	79
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	79
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	79
<i>nortrel 7/7/7</i>	79
<i>nortriptyline hcl</i>	29
NORVIR	48
NOVOLIN 70/30	52
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	52
NOVOLIN N	52
NOVOLIN N FLEXPEN	52
NOVOLIN R	52
NOVOLIN R FLEXPEN	52
NOVOLOG	52
NOVOLOG FLEXPEN	53
NOVOLOG MIX 70/30	53
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	53
NOVOLOG PENFILL	53
NUBEQA	33
NUCALA	94
NUPLAZID	44
NURTEC	32
NUTRILIPID	68
<i>nyamyc</i>	31
<i>nylia 1/35</i>	79
<i>nylia 7/7/7</i>	79
<i>nystatin</i>	31
<i>nystop</i>	31
NYVEPRIA	55
O	
OCREVUS	64
OCREVUS ZUNOVO	64
OCTAGAM	85
<i>octreotide acetate</i>	81
ODEFSEY	47
ODOMZO	39
OFEV	93
<i>ofloxacin</i>	22
OGSIVEO	39
OJEMDA	39
OJJAARA	39

<i>olanzapine</i>	44
<i>olmesartan medoxomil</i>	56
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	59
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	62
<i>omeprazole</i>	71
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	71
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5.....	53
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5.....	53
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	53
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	53
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO.....	53
OMNIPOD 5 LIBRE PODS.....	53
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	53
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	53
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	53
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	53
OMNIPOD GO.....	53
<i>ondansetron</i>	30
<i>ondansetron hcl</i>	30
ONUREG.....	34
OPIPZA.....	27
OPVEE.....	17
<i>oralone</i>	65
ORENCIA.....	83
ORENCIA CLICKJECT.....	83
ORFADIN.....	71
ORGOVYX.....	81
ORILISSA.....	81
ORKAMBI.....	92
ORLADEYO.....	82
ORSERDU.....	34
<i>oseltamivir phosphate</i>	48
OSMOLEX ER.....	41
OTEZLA.....	65
OTEZLA XR.....	65
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	66
<i>oxcarbazepine</i>	26
<i>oxcarbazepine er</i>	26
<i>oxybutynin chloride</i>	72
<i>oxybutynin chloride er</i>	72
<i>oxycodone hcl</i>	16
<i>oxycodone hcl er</i>	16
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	14
OXYCONTIN.....	16
OZEMPIC.....	50
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	50
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	50
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	50

P

<i>pacerone</i>	57
-----------------------	----

<i>paliperidone er</i>	44
PALYNZIQ.....	71
PANRETIN.....	41
<i>pantoprazole sodium</i>	71
<i>paricalcitol</i>	88
<i>paroxetine hcl</i>	28
PAXLOVID (150/100).....	49
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	49
PAXLOVID (300/100).....	49
<i>pazopanib hcl</i>	39
PEDIARIX.....	86
PEDVAXHIB.....	86
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	69
<i>peg-3350/electrolytes</i>	69
PEGASYS.....	46
PEMAZYRE.....	39
PEMRYDI RTU.....	34
PENBRAYA.....	86
<i>penicillamine</i>	72
<i>penicillin g potassium</i>	21
<i>penicillin v potassium</i>	21
<i>penmenvy</i>	86
PENTACEL.....	86
<i>pentamidine isethionate</i>	41
<i>pentoxifylline er</i>	60
<i>perampanel</i>	25
<i>perindopril erbumine</i>	56
<i>periogard</i>	65
<i>permethrin</i>	66
<i>perphenazine</i>	30
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	27
PERSERIS.....	44
<i>pfizerpen</i>	21
<i>phenelzine sulfate</i>	28
<i>phenobarbital</i>	24
<i>phenytekt</i>	26
<i>phenytoin</i>	26
<i>phenytoin sodium extended</i>	26
<i>philith</i>	79
PIFELTRO.....	47
<i>pilocarpine hcl</i>	65, 90
<i>pimecrolimus</i>	66
<i>pimozide</i>	43
<i>pimtreea</i>	76
<i>pioglitazone hcl</i>	50
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	18
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	35
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	35
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	35
<i>pirfenidone</i>	93

PLASMA-LYTE 148	67	PROMACTA.....	55
PLASMA-LYTE A.....	67	<i>promethazine hcl</i>	30
PLEGRIDY.....	64	<i>promethegan</i>	30
<i>podofilox</i>	66	<i>propafenone hcl</i>	57
<i>polymyxin b sulfate</i>	19	<i>propranolol hcl</i>	58
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	89	<i>propranolol hcl er</i>	58
<i>pomalidomide</i>	34	<i>propylthiouracil</i>	82
POMALYST.....	34	PROQUAD.....	86
<i>portia-28</i>	79	PROSOL.....	68
<i>posaconazole</i>	31	<i>protriptyline hcl</i>	29
<i>potassium chloride</i>	67	PROXIVOL.....	16
<i>potassium chloride crys er</i>	67	PULMOZYME.....	94
<i>potassium chloride er</i>	67	<i>pyrazinamide</i>	33
<i>potassium chloride in nacl</i>	67	<i>pyridostigmine bromide</i>	32, 33
<i>potassium citrate er</i>	67	<i>pyrimethamine</i>	41
PRALUENT.....	62	PYRUKYND.....	72
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	42	PYRUKYND TAPER PACK.....	72
<i>prasugrel hcl</i>	55	Q	
<i>pravastatin sodium</i>	61	QINLOCK.....	39
<i>praziquantel</i>	41	QUADRACEL.....	86
<i>prazosin hcl</i>	56	<i>quetiapine fumarate</i>	27
<i>prednisolone</i>	74	<i>quinapril hcl</i>	56
<i>prednisolone acetate</i>	90	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	59
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	74, 90	<i>quinidine sulfate</i>	57
<i>prednisone</i>	74	<i>quinine sulfate</i>	41
<i>pregabalin</i>	23	QULIPTA.....	32
PREHEVBRIO.....	86	R	
PREMARIN.....	76	RABAVERT.....	87
PREMPHASE.....	79	<i>rabeprazole sodium</i>	71
PREMPRO.....	79	RADICAVA ORS STARTER KIT.....	62
<i>pretomanid</i>	33	RALDESY.....	29
<i>prevalite</i>	62	<i>raloxifene hcl</i>	81
PREVYMIS.....	46	<i>ramipril</i>	57
PREZCOBIX.....	48	<i>ranolazine er</i>	60
PREZISTA.....	48	<i>rasagiline mesylate</i>	42
PRIFTIN.....	33	RASUVO.....	83
<i>primaquine phosphate</i>	41	RAYALDEE.....	88
<i>primidone</i>	24	<i>reclipsen</i>	79
PRIORIX.....	86	RECOMBIVAX HB.....	87
PRIVIGEN.....	85	RELENZA DISKHALER.....	48
<i>probenecid</i>	32	<i>relgaabi</i>	24
<i>prochlorperazine</i>	30	REMICADE.....	85
<i>prochlorperazine maleate</i>	30	<i>repaglinide</i>	50
<i>procto-med hc</i>	74	REPATHA.....	62
<i>proctosol hc</i>	74	REPATHA SURECLICK.....	62
<i>proctozone-hc</i>	74	RESTASIS.....	89
<i>progesterone</i>	80	RESTASIS MULTIDOSE.....	89
PROGRAF.....	83	RETACRIT.....	55
PROLASTIN-C.....	71	RETEVMO.....	39
PROLENSA.....	90		

REVCOVI.....	67
REVUFORJ.....	39
REXULTI.....	44
REYATAZ.....	48
REZDIFFRA.....	70
REZLIDHIA.....	39
REZUROCK.....	84
RHOPRESSA.....	90
RIABNI.....	85
<i>ribavirin</i>	46
<i>rifabutin</i>	33
<i>rifampin</i>	33
<i>rilpivirine hcl</i>	47
<i>riluzole</i>	63
<i>rimantadine hcl</i>	48
RINVOQ.....	84
RINVOQ LQ.....	84
<i>risedronate sodium</i>	88
<i>risperidone</i>	44, 45
<i>risperidone microspheres er</i>	45
<i>ritonavir</i>	48
<i>rivaroxaban</i>	54
<i>rivastigmine</i>	26
<i>rivastigmine tartrate</i>	26
<i>rizatriptan benzoate</i>	32
ROCKLATAN.....	90
<i>roflumilast</i>	92
ROLVEDON.....	55
ROMVIMZA.....	39
<i>ropinirole hcl</i>	42
<i>rosuvastatin calcium</i>	61
ROTARIX.....	87
ROTATEQ.....	87
ROZLYTREK.....	39
RUBRACA.....	39
<i>rufinamide</i>	26
RUKOBIA.....	48
RYBELSUS (FORMULATION R2).....	51
RYDAPT.....	39
RYSTIGGO.....	34

S

<i>sacubitril-valsartan</i>	60
<i>sajazir</i>	82
SANTYL.....	66
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	71
SCEMBLIX.....	39
<i>scopolamine</i>	30
SECUADO.....	45
<i>selegiline hcl</i>	42
<i>selenium sulfide</i>	66

SELZENTRY.....	48
SEREVENT DISKUS.....	92
SEROSTIM.....	70
<i>sertraline hcl</i>	29
<i>setlakin</i>	76
<i>sevelamer carbonate</i>	69
<i>sevelamer hcl</i>	69
<i>sharobel</i>	80
SHINGRIX.....	87
SIGNIFOR.....	81
<i>sildenafil citrate</i>	72, 93
<i>silver sulfadiazine</i>	22
SIMBRINZA.....	89
<i>simliya</i>	76
<i>simpanse</i>	76
<i>simvastatin</i>	61
<i>sirolimus</i>	84
SIRTURO.....	33
<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>	51
<i>sitagliptin phosphate</i>	51
SKYLA.....	81
SKYRIZI.....	84
SKYRIZI PEN.....	84
<i>sodium chloride</i>	67
<i>sodium chloride (pf)</i>	67
<i>sodium fluoride</i>	68
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	68
<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	68
<i>sodium phenylbutyrate</i>	71
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	69
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	46
SOLQUA.....	51
SOLTAMOX.....	34
SOLU-CORTEF.....	74
SOMAVERT.....	81
<i>sorafenib tosylate</i>	39
<i>sotalol hcl</i>	57
<i>sotalol hcl (af)</i>	57
SPIRIVA HANDIHALER.....	91
SPIRIVA RESPIMAT.....	91
<i>spironolactone</i>	60
<i>sprintec 28</i>	79
SPRITAM.....	23
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	69
<i>ssd</i>	22
STELARA.....	87
STEQEYMA.....	66
STIOLTO RESPIMAT.....	94
STIVARGA.....	39
<i>streptomycin sulfate</i>	17

STRIBILD.....	46
STRIVERDI RESPIMAT.....	92
SUBVENITE.....	25
<i>sucralfate</i>	70
<i>sulfacetamide sodium</i>	22
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	22
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89
<i>sulfadiazine</i>	22
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	22
<i>sulfasalazine</i>	87
<i>sulfatrim pediatric</i>	22
<i>sulindac</i>	15
<i>sumatriptan</i>	32
<i>sumatriptan succinate</i>	32
<i>sunitinib malate</i>	39
SUNLENCA.....	48
SUNOSI.....	95
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	68
SUTAB.....	68
<i>syeda</i>	79
SYMBICORT.....	94
SYMDEKO.....	92
SYMPAZAN.....	24
SYMTUZA.....	48
SYNAREL.....	81
SYNJARDY.....	51
SYNJARDY XR.....	51

T

TABLOID.....	34
TABRECTA.....	39
<i>tacrolimus</i>	66, 84
<i>tacrolimus er</i>	84
<i>tadalafil</i>	72
<i>tadalafil (pah)</i>	93
TAFINLAR.....	39
TAGRISSO.....	39
TAKHZYRO.....	82
TALICIA.....	70
TALZENNA.....	39
<i>tamoxifen citrate</i>	34
<i>tamsulosin hcl</i>	72
<i>tanlor</i>	46
<i>tarina 24 fe</i>	79
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	79
TARPEYO.....	88
<i>tasimelteon</i>	95
TAVALISSE.....	53
TAVNEOS.....	85
<i>tazarotene</i>	66
<i>taztia xt</i>	58

TDVAX.....	87
TECVAYLI.....	40
<i>telmisartan</i>	56
<i>temazepam</i>	95
TENIVAC.....	87
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	47
TEPEZZA.....	89
TEPMETKO.....	39
<i>terazosin hcl</i>	56
<i>terbinafine hcl</i>	31
<i>terbutaline sulfate</i>	92
<i>terconazole</i>	31
<i>teriflunomide</i>	64
<i>testosterone</i>	75
<i>testosterone cypionate</i>	75
<i>testosterone enanthate</i>	75
<i>tetrabenazine</i>	63, 64
<i>tetracycline hcl</i>	22
TEVIMBRA.....	40
THALOMID.....	34
<i>theophylline</i>	92
<i>theophylline er</i>	92
<i>thioridazine hcl</i>	43
<i>thiothixene</i>	43
<i>tiadylt er</i>	58
<i>tiagabine hcl</i>	24
TIBSOVO.....	39
<i>ticagrelor</i>	55
TICOVAC.....	87
<i>tigecycline</i>	19
<i>timolol maleate</i>	32, 90
<i>tinidazole</i>	19
<i>tiopronin</i>	72
TIVICAY.....	46
TIVICAY PD.....	46
<i>tizanidine hcl</i>	94
TOBI PODHALER.....	92
<i>tobramycin</i>	17, 92
<i>tobramycin sulfate</i>	18
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89
<i>tofacitinib citrate</i>	84
<i>tofacitinib citrate er</i>	84
<i>tolterodine tartrate</i>	72
<i>tolterodine tartrate er</i>	72
<i>tolvaptan</i>	69
<i>topiramate</i>	25
<i>toremifene citrate</i>	34
<i>torseamide</i>	60
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	53
TOUJEO SOLOSTAR.....	53

TRACLEER.....	93	TWINRIX.....	87
TRADJENTA.....	51	TYENNE.....	85
<i>tramadol hcl</i>	16	TYMLOS.....	88
<i>tramadol-acetaminophen</i>	14	TYPHIM VI.....	87
<i>trandolapril</i>	57	U	
<i>tranexamic acid</i>	53	UBRELVY.....	32
<i>tranylcypromine sulfate</i>	28	UDENYCA.....	55
TRAVASOL.....	68	UDENYCA ONBODY.....	55
<i>travoprost (bak free)</i>	90	ULTOMIRIS.....	82
<i>trazodone hcl</i>	29	UPTRAVI.....	93
TRELEGY ELLIPTA.....	94	UPTRAVI TITRATION.....	93
TRELSTAR MIXJECT.....	82	<i>ursodiol</i>	70
TREMFYA.....	66, 84	<i>ustekinumab</i>	66
TREMFYA ONE-PRESS.....	66	UZEDY.....	45
TREMFYA PEN.....	84	V	
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	84	<i>valacyclovir hcl</i>	49
<i>tretinoin</i>	41, 66	VALCHLOR.....	33
<i>triamcinolone acetonide</i>	65, 74, 75, 88	<i>valganciclovir hcl</i>	46
<i>triamterene-hctz</i>	59	<i>valproic acid</i>	24, 50
<i>trientine hcl</i>	69	<i>valsartan</i>	56
<i>tri-estarylla</i>	79	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	60
<i>trifluoperazine hcl</i>	43	VALTOCO 10 MG DOSE.....	24
<i>trifluridine</i>	49	VALTOCO 15 MG DOSE.....	24
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	41	VALTOCO 20 MG DOSE.....	24
TRIJARDY XR.....	51	VALTOCO 5 MG DOSE.....	24
TRIKAFTA.....	92	<i>valtya 1/35</i>	80
<i>tri-legest fe</i>	79	VALTYA 1/50.....	80
<i>tri-linyah</i>	79	<i>vancomycin hcl</i>	19
<i>tri-lo-estarylla</i>	79	VANFLYTA.....	40
<i>tri-lo-marzia</i>	79	VAQTA.....	87
<i>tri-lo-mili</i>	79	<i>varenicline tartrate</i>	17
<i>tri-lo-sprintec</i>	79	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	17
<i>trimethoprim</i>	19	<i>varenicline tartrate(continue)</i>	17
<i>tri-mili</i>	79	VARIVAX.....	87
<i>trimipramine maleate</i>	29	VAXCHORA.....	87
TRINTELLIX.....	29	VELIVET.....	80
<i>tri-nymyo</i>	80	VELPHORO.....	69
<i>tri-sprintec</i>	80	VELSIPITY.....	70
TRIUMEQ.....	48	VEMLIDY.....	46
<i>triumeq pd</i>	48	VENCLEXTA.....	40
<i>trivora (28)</i>	80	VENCLEXTA STARTING PACK.....	40
<i>tri-vylibra</i>	80	<i>venlafaxine hcl</i>	29
<i>tri-vylibra lo</i>	80	<i>venlafaxine hcl er</i>	29
TROPHAMINE.....	68	VEOZAH.....	64
<i>trospium chloride</i>	72	<i>verapamil hcl</i>	58
TRULICITY.....	52	<i>verapamil hcl er</i>	58, 59
TRUMENBA.....	87	VERQUVO.....	60
TRUQAP.....	39	VERSACLOZ.....	45
TUKYSA.....	40	VERZENIO.....	40
TURALIO.....	40		

<i>vestura</i>	80
<i>vienva</i>	80
<i>vigabatrin</i>	24
<i>vigadrone</i>	24
VIGAFYDE	24
VIJOICE	72
<i>vilazodone hcl</i>	29
VIMKUNYA	87
<i>viorele</i>	76
VIRACEPT	48
VIREAD	47
VITRAKVI	35
VIVOTIF	87
<i>volnea</i>	76
VONJO	40
VORANIGO	40
<i>voriconazole</i>	31
VOSEVI	46
VOWST	70
VRAYLAR	45
VUMERITY	64
VYEPTI	32
<i>vyfemla</i>	80
<i>vylibra</i>	80
VYLOY	40
VYNDAMAX	72
VYVGART	34
VYVGART HYTRULO	34
W	
<i>warfarin sodium</i>	54
WEGOVY	70
WELIREG	35
<i>wera</i>	80
WINREVAIR	93
<i>wixela inhub</i>	94
X	
XALKORI	40
XARELTO	54
XARELTO STARTER PACK	54
XATMEP	35
XCOPRI	25
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	25
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	25
XDEMVY	19
XERMELO	69
XGEVA	88
XHANCE	91
XIFAXAN	19
XIGDUO XR	51

XIIDRA	90
XOFLUZA (40 MG DOSE)	48
XOFLUZA (80 MG DOSE)	49
XOLAIR	94
XOSPATA	40
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	35
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	35
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	35
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	35
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	35
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	35
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	35
XTANDI	33
<i>xulane</i>	80
XULTOPHY	51
XURIDEN	67
XYOSTED	75
XYREM	95
Y	
YF-VAX	87
YONSA	33
YUFLYMA (1 PEN)	84
YUFLYMA (2 SYRINGE)	84
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER	84
YUTREPIA	93
<i>yuvafem</i>	76
Z	
<i>zafemy</i>	80
<i>zafirlukast</i>	91
<i>zaleplon</i>	95
ZARXIO	55
ZEJULA	40
ZELBORAF	40
ZELSUVMI	66
<i>zenatane</i>	66
ZENPEP	71
<i>zidovudine</i>	47
ZIIHERA	40
<i>ziprasidone hcl</i>	45
<i>ziprasidone mesylate</i>	45
ZIRABEV	40
ZIRGAN	46
<i>zoledronic acid</i>	88
ZOLINZA	35
<i>zolpidem tartrate</i>	95
ZONISADE	23
<i>zonisamide</i>	23
<i>zovia 1/35 (28)</i>	80
ZTALMY	24

ZTLIDO	16	ZYLET	89
<i>zumandimine</i>	80	ZYMFENTRA (2 PEN).....	86
ZURZUVAE.....	27	ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	86
ZYKADIA.....	40	ZYPREXA RELPREVV	45

Este formulario se actualizó el 10/05/2026. 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 de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y un Plan de Necesidades Especiales de la HMO (Special Needs Plan, HMO SNP) con contrato de Medicare y contrato con los programas de Medicaid en Florida y Texas. La inscripción en Prominence Health depende de la renovación del contrato.